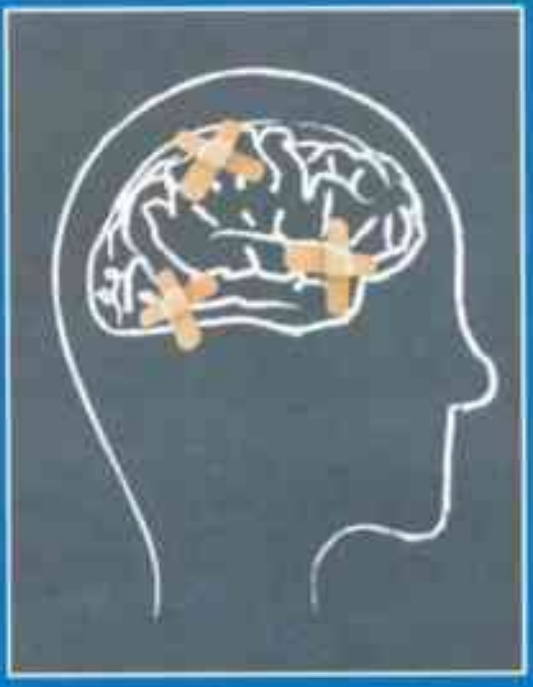
CORPUL NU UITĂ NICIODATĂ

Cooperarea dintre creier, minte şi corp pentru vindecarea traumelor



DR. BESSEL VAN DER KOLK

CORPUL NU UITĂ NICIODATĂ

CORPUL NU UITĂ NICIODATĂ

Cooperarea dintre creier, minte și corp pentru vindecarea traumelor

Bessel A. Van Der Kolk

Traducerea din limba engleză:
Cristian HANU

ADEVĂR DIVIN
Brașov, 2018

Editura ADEVĂR DIVIN
Brașov, Str. Zizinului, nr. 48, parter, ap. 7,
cod 500414, O.P. 12
Mobil: 0725.931.146
Telefon / Fax: 0268.324.970
E-mail: adevardivin@gmail.com
Site: www.divin.ro

Copyright © 2016 *Editura* Adevăr Divin.
Titlul original în limba engleză *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, de Bessel Van Der Kolk M.D.
Copyright © 2015 Bessel Van Der Kolk M.D.
Ediția originală a fost publicată în 2015 de Viking.
Prezenta ediție este publicată prin acord contractual încheiat cu Viking (Penguin Publishing Group), un departament al Penguin Random House LLC din S.U.A.
Contractul a fost intermediat de agenția literară Simona Kessler din România. Mulțumim!

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
VAN DER KOLK, BESEEL.

Corpul nu uită niciodată : cooperarea dintre creier, minte și corp pentru vindecarea traumelor / dr. Bessel van der Kolk ; trad.: Cristian Hanu. - Brașov : Adevăr divin, 2018

ISBN 978-606-756-033-6

I. Hanu, Cristian (trad.)

159.9
61

Editor: Cătălin PARFENE
Tehnoredactare și copertă: Florin DRUȚU
Corectură: Elena MÁLNAI

Cuprins

Prolog Confruntarea cu trauma 1

PARTEA ÎNTÂI:
REDESCOPERIREA TRAUMEI

Capitolul 1 Lecții primite de la veteranii Războiului din Vietnam 9
Capitolul 2 Revoluții în înțelegerea minții și a creierului 29
Capitolul 3 Privind în interiorul creierului: Revoluția neuroștiinței 51

PARTEA A DOUA:
AȘA ARATĂ CREIERUL TĂU ATUNCI CÂND ESTE TRAUMATIZAT

Capitolul 4 Aleargă ca să-ți salvezi viața: Anatomia supraviețuirii 65
Capitolul 5 Conexiunile corp-creier 93
Capitolul 6 Pierderea corpului echivalează cu pierderea identității de sine 111

PARTEA A TREIA:
MINTEA COPILULUI

Capitolul 7 Pe aceeași lungime de undă: Atașament și punere la unison 135
Capitolul 8 Captiv într-o relație: Costul abuzului și al neglijenței 159
Capitolul 9 Ce are a face iubirea cu toate acestea? 175
Capitolul 10 Trauma în procesul dezvoltării: Epidemia ascunsă 193

PARTEA A PATRA:

AMPRENTA TRAUMEI

CAPITOLUL 11 Revelarea secretelor: Problema memoriei traumatice 221

CAPITOLUL 12 Povara insuportabilă a aducerii aminte 237

PARTEA A CINCEA:

CĂI SPRE RECUPERARE

CAPITOLUL 13 Vindecarea de trauma: Reasumarea identității de sine 261

CAPITOLUL 14 Limbajul: Miracol și tiranie 295

CAPITOLUL 15 Detașarea de trecut: EMDR 317

CAPITOLUL 16 Învață să te integrezi în corpul tău: Yoga 337

CAPITOLUL 17 Crearea imaginii de ansamblu: Gestionarea propriei vieți 355

CAPITOLUL 18 Umplerea golurilor: Crearea structurilor 381

CAPITOLUL 19 Resetarea creierului: Neurofeedbackul 399

CAPITOLUL 20 Găsește-ți vocea: Ritmurile comunitare și teatrul 427

Epilog: Alegeri care trebuie făcute 449

Mulțumiri 463

Anexă: Criterii consensuale pentru tulburarea traumatică în procesul de dezvoltare 467

Pacienților mei, care nu uită niciodată și
care au fost manualul din care am învățat tot
ceea ce știu

REFERINȚE LA CARTEA *CORPUL NU UITĂ NICIODATĂ*

„Această carte reprezintă un veritabil tur de forță. Perspectiva ei profund empatică, vizionară și plină de compasiune promite o umanizare extraordinară a tratamentului acordat victimelor traumelor, lărgirea repertoriului practicilor vindecătoare și al opțiunilor terapeutice, și stimularea unei gândiri creatoare mai profunde, inclusiv a cercetărilor referitoare la traume și la cele mai eficiente tratamente pentru acestea. Într-adevăr, corpul nu uită niciodată nimic, iar capacitatea lui Van der Kolk de a demonstra acest lucru prin descrierea detaliată a studiilor altor cercetători, la care se adaugă propria sa traiectorie de pionierat și experiența sa în acest domeniu care a evoluat împreună cu el, dar mai presus de toate, descoperirea sa personală referitoare la cele mai eficiente modalități de a lucra cu pacienții prin cultivarea conștientizării corpului (dar și a gândurilor și a emoțiilor), prin yoga, mișcare și teatru – reprezintă o binevenită gură de aer proaspăt în acest domeniu și o deschidere de noi posibilități în lumea terapiilor."

Jon Kabat-Zinn, profesor emerit de medicină, Școala Medicală UMass, autorul cărții *Full Catastrophe Living*

„Această carte excepțională va deveni cu siguranță un tratat clasic de psihiatrie modernă. Impactul experienței copleșitoare nu poate fi cu adevărat înțeles decât atunci când numeroase domenii ale cunoașterii – cum ar fi neuroștiința, psihopatologia dezvoltării și neurobiologia interpersonală – își dau mâna, integrându-se reciproc. Exact acest lucru îl face această carte, într-o manieră absolut unică. Nu există niciun alt volum în domeniul stresului traumatic care să fi distilat aceste domenii ale științei dintr-o perspectivă istorică și clinică

atât de amplă, pentru a propune în final cele mai inovative metode de tratament. Claritatea viziunii și profunzimea înțelepciunii acestei lucrări unice, dar extrem de accesibile, sunt absolut remarcabile. Această carte este o lectură obligatorie pentru orice cititor interesat de înțelegerea și de tratarea stresului traumatic, precum și de impactul său asupra societății."

– Dr. Alexander McFarlane, director al Centrului pentru Studii Referitoare la Stresul Traumatic din cadrul Universității din Adelaide, Australia de Sud

„Această carte reprezintă o realizare absolut remarcabilă a neurologului cel mai influent în privința revoluției contemporane din domeniul sănătății mintale, care a condus la recunoașterea faptului că foarte multe probleme mintale sunt rezultatul traumelor. Cu stilul său scriitoricesc comparabil cu al unui romancier de succes, van der Kolk își descrie fascinanta călătorie în lumea descoperirilor care au supus provocării ceea ce se cunoștea în psihiatrie. Narațiunea lui este impregnată cu numeroase descrieri clare și ușor de înțeles ale neurobiologiei traumelor, cu explicații referitoare la ineficiența abordărilor tradiționale ale tratamentului aplicat traumelor și cu prezentarea unor abordări inedite, care îi conduc pe pacienți dincolo de mintea lor cognitivă, pentru a-și vindeca acele părți ale psihicului care au rămas încremenite în trecut. Toate aceste informații sunt amplu ilustrate cu numeroase studii de caz dramatice și dovedite prin cercetări extrem de convingătoare. Această carte de referință va revoluționa domeniul psihiatriei și cultura în care trăim, demonstrând impactul profund pe care îl au evenimentele traumatice și încercarea noastră de a le nega acest impact."

– Richard Schwartz, creatorul Terapiei Sistemelor Familiale Interne

„*Corpul nu uită niciodată* este o carte fascinantă, clară și greu de lăsat din mâini, plină până la refuz de studii revelatoare de caz. Van der Kolk, eminentul impresar al tratamentului traumelor, care și-a petrecut întreaga carieră unind diferiți specialiști în tratarea traumelor, diferiți clinicieni și ideile lor, descrie în această carte poate cea mai importantă serie de descoperiri revoluționare în

domeniul sănătății mintale din ultimii 30 de ani. Se știe de mult timp că traumele psihice fragmentează mintea. Această carte prezintă maniera în care traumele psihice întrerup nu doar conexiunile din creier, ci și dintre minte *și* corp. Simultan, ea prezintă o serie de abordări noi, care îi ajută pe pacienții care au suferit cele mai grave forme de traumă să își reunifice aceste fragmente în forma inițială."

– Norman Doidge, autorul cărții *Creierul se transformă*

„Cartea *Corpul nu uită niciodată* ne prezintă călătoria plină de curaj a autorului în universul lumilor disociative paralele în care trezidă victimele traumelor, dar și în cel al disciplinelor medicale și psihologice menite să îi ajute pe pacienți. Din această carte de referință aflăm că mintea noastră încearcă cu disperare să lase în urmă ei trauma, dar corpul nostru ne menține ancorați în trecut prin emoțiile și sentimentele sale care transcend cuvintele. Aceste deconectări interioare pot conduce la efecte în cascadă, cum ar fi ruptura relațiilor sociale, având efecte dezastruoase asupra căsniciilor, familiilor și prieteniilor. Van der Kolk ne oferă o speranță, prezentându-ne diferite tratamente și strategii care i-au ajutat pe pacienții săi să se reconecteze cu corpul lor să își reconecteze gândurile cu corpul. Concluzia pe care o putem trage după această călătorie științifică este că noi, ca specie, nu vom putea experimenta cu adevărat plenar întreaga bogăție a vieții decât prin cultivarea conștiinței de sine și prin dobândirea unui simț interior al siguranței."

– Dr. Stephen W. Porges, profesor de psihiatrie la Universitatea Chapel Hill din Carolina de Nord; autor al cărții *Teoria Polyvagal: Fundamentele neurofiziologice ale emoțiilor, atașamentelor, comunicării și autoreglării*

„Bessel van der Kolk nu are egal prin capacitatea sa de a sintetiza uimitoarele evoluții din domeniul traumelor psihice din ultimele decenii. Mulțumită în parte chiar activității sale, traumele psihice – de la abuzul și neglijarea copiilor și până la traumele de război și dezastrele naturale – sunt recunoscute la ora actuală ca o cauză majoră a prăbușirii la nivel individual, social și cultural. În acest tur de forță incredibil de lucid și de angajat, Van der Kolk îi

conduce în egală măsură pe specialiști și publicul general prin călătoria sa personală, arătându-le tuturor ce a învățat din cercetările sale, de la colegii sau de la studenții săi și, ceea ce este mai important, de la pacienții săi. *Corpul nu uită niciodată* este pur și simplu o carte de geniu."

– Dr. Onno van der Hart, Universitatea din Utrecht, Olanda, principalul autor al cărții *Sinele bântuit: Disocierea structurală și tratamentul traumelor cronice*

„*Corpul nu uită niciodată* prezintă cele mai noi și mai bune terapii pentru stresul toxic, bazate pe o înțelegere profundă a efectelor traumelor asupra dezvoltării creierului și a sistemelor atașamentului. Această carte prezintă o sinteză actualizată a tuturor lucrurilor cunoscute la ora actuală despre efectele traumelor asupra indivizilor și societăților, inclusiv potențialul vindecător al terapiilor mai vechi sau mai noi pentru ajutorarea copiilor și adulților traumatizați să se angreneze plenar în momentul prezent."

– Jessica Stern, consultant politic în domeniul terorismului; autoarea cărții *Negarea: O amintire a terorii*

„Această carte ne vorbește despre impactul traumei și este scrisă de unul din adevărații pionieri din acest domeniu. Este o carte rară, care integrează cele mai noi progrese din domeniul neuroștiinței cu înțelepciunea și înțelegerea experienței și semnificației traumei, pentru a-i ajuta pe cei care au suferit de pe urma lor. Asemeni autorului ei, această carte este înțeleaptă și compătimitoare, uneori de-a dreptul provocatoare, dar întotdeauna interesantă."

– Dr. Glenn N. Saxe, profesor și președinte al Departamentului pentru Psihiatria Copilului și Adolescentului Arnold Simon, director al Centrului pentru Studierea Copilului din cadrul Școlii de Medicină a Universității din New York

„Această carte prezintă o explorare fascinantă a unei game largi de tratamente terapeutice și îi învață pe cititori cum să preia controlul

asupra procesului de vindecare, cum să se simtă în siguranță și cum să își descopere calea de ieșire din capcana suferinței."

— Dr. Francine Shapiro, creatoarea terapiei EMDR, cercetătoare principală la Institutul de Cercetare Emerius Mental, autoarea cărții *Vindecarea traumelor din trecut*.

„Ca cercetător în domeniul atașamentelor sunt perfect conștient de faptul că bebelușii sunt ființe psihobiologice. Corpul lor este la fel de important ca și creierul lor. Deși nu cunosc încă limba și simbolurile, bebelușii se folosesc de toate sistemele lor biologice pentru a da sens relației dintre sinele lor și lumea încărcată cu obiecte și ființe. Van der Kolk dovedește că aceleași sisteme continuă să opereze la orice vârstă și că experiențele traumatice, îndeosebi cele toxice cronice din primele etape ale vieții, produc o devastare psihică. Pornind de la această premisă, el prezintă în această carte un ghid teoretic și practic pentru supraviețuitorii traumelor, dar și pentru cercetători și clinicieni. Deși se focalizează asupra corpului și a traumelor, nu putem decât să îi admirăm mintea lui Bessel van der Kolk pentru scrierea acestei cărți."

— Ed Tronick, profesor emerit la Universitatea din Boston, Massachusetts, autorul cărții *Neurocomportamentul și dezvoltarea socio-emoțională a bebelușilor și copiilor mici*

„Cartea *Corpul nu uită niciodată* dovedește cu elocvență că experiențele copleșitoare afectează dezvoltarea creierului, minții și conștiinței corporale, care sunt strâns interconectate. Tulburările care rezultă au un impact profund asupra capacității de a iubi și de a munci. Integrarea amplă a studiilor de caz clinice cu cercetările științifice de ultimă oră ne ajută să înțelegem altfel traumele și ne conduce inevitabil către explorarea noilor terapii, care „resetează" creierul și îi ajută pe oamenii traumatizați să se reintegreze în prezent. Această carte este un ghid pentru indivizii traumatizați, pe care îi ajută să se vindece, dar și pentru psihologi și psihiatri, a căror concepție despre trauma și recuperarea de pe urma ei se va schimba pentru totdeauna."

— Dr. Ruth A. Lanius, președintă a diviziei „Psihic și Soma" din cadrul Harris-Woodman, profesoară de psihiatrie și directoare a

departamentului de cercetare a SSPT din cadrul Universității de Vest din Ontario, autoarea cărții *Impactul traumelor din primii ani de viață asupra sănătății și bolii*

„Atunci când vine vorba de înțelegerea impactului traumelor și continuării creșterii personale în pofida experiențelor copleșitoare ale vieții, Bessel van der Kolk este unul din liderii de frunte, prin cunoașterea sa cuprinzătoare, curajul său clinic și strategiile sale terapeutice creatoare. *Corpul nu uită niciodată* prezintă concluzii de ultimă oră ale cercetării de profil, ajutându-l pe cititor să înțeleagă complexele efecte ale traumelor, concretizându-se într-un ghid al unei game largi de abordări științifice capabile nu doar să reducă suferința, ci și să îi conducă pe pacienți dincolo de simpla supraviețuire, către înflorirea personală."

– Dr. Daniel J. Siegel, profesor clinician la Școala de Medicină din cadrul UCLA, autor al cărților *Vâltoarea minții. Creierul copilului tău* și *Mintea: o călătorie spre centrul ființei umane*

„În această carte superbă, Bessel van der Kolk îl conduce pe cititor într-o călătorie captivantă, plină până la refuz cu povești ale pacienților săi și cu dificultățile acestora, interpretate din perspectiva istoriei, a cercetării și a neuroștiinței, în cuvintele unui povestitor talentat. Autorul ne prezintă astfel curajoasele sale eforturi din ultimii 40 de ani de a înțelege și trata traumele, care au bătătorit cărări noi și au pus la îndoială *statu quo*-ul psihiatriei și psihoterapiei. *Corpul nu uită niciodată* ne ajută să înțelegem mai profund efectele debilitante ale traumei, dar și să sperăm într-un viitor mai bun, date fiind descrierile fascinante ale terapiilor de ultimă oră. Această carte absolut remarcabilă este o lectură obligatorie nu doar pentru terapeuți, ci și pentru toți cei care își doresc să înțeleagă, să prevină sau să trateze imensa suferință cauzată de traume."

– Dr. Pat Ogden, fondator/director educațional al Institutului de Psihoterapie Senzoriomotorie, autoare a cărții *Psihoterapie senzoriomotorie: Intervenții asupra traumelor și atașamentelor*

„Această carte este o capodoperă bazată pe o înțelegere profundă și pe o compasiune plină de curaj. Este una dintre cele mai inteligente

și mai utile lucrări despre traume pe care le-am citit vreodată. Dr. Van der Kolk ne prezintă o sinteză genială de cazuri clinice, neuroștiință, instrumente eficiente și umanism plin de iubire, oferind o nouă perspectivă asupra vindecării traumelor de care sunt afectați atât de mulți oameni."

– Jack Kornfield, coautorul cărții *Calea meditației interioare*

PROLOG:

CONFRUNTAREA CU TRAUMA

Nu trebuie să fii soldat pe câmpul de luptă sau să vizitezi o tabără de refugiați din Siria ori din Congo pentru a te confrunta cu trauma. Trauma ni se întâmplă tuturor, nouă, prietenilor noștri, membrilor de familie și vecinilor. Studiile făcute de Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor din Statele Unite au arătat că un american din cinci a fost molestat sexual când era copil, unul din patru a fost bătut de un părinte până când i-au rămas urme permanente pe corp, iar un cuplu din trei se angrenează în acte de violență fizică. Un sfert dintre noi am crescut cu rude alcoolice, iar un american din opt a asistat la baterea sau la lovirea mamei sale.

Oamenii aparțin unei specii extrem de rezistente. Încă din cele mai vechi timpuri, ei au fost nevoiți să facă față unor războaie nesfârșite, foarte multor dezastre (deopotrivă naturale și comise de mâna omului), violenței și trădării în propria lor viață. Din păcate, experiențele traumatice lasă urme, atât pe scară largă (la nivelul istoriei și al culturii), cât și la nivel individual, asupra familiilor, secretele cele mai întunecate fiind transmise imperceptibil de la o generație la alta. De asemenea, ele lasă urme asupra minții și emoțiilor noastre, asupra capacității noastre de a ne bucura și de a experimenta intimitatea, și chiar asupra biologiei și sistemului nostru imunitar.

Traumele nu îi afectează numai pe cei direct expuși lor, ci și pe cei din jurul acestora. Soldații care se întorc acasă de pe câmpul de luptă își sperie adeseori familia prin crizele lor de furie și prin absența lor emoțională. Soțiile bărbaților care suferă de SSPT[1] tind să devină deprimate, iar copiii mamelor deprimate riscă să crească anxioși și

[1] Sindromul de stres posttraumatic (n. n.)

nesiguri pe ei. Un copil expus violenței familiale își creează mai greu relații stabile și bazate pe încredere reciprocă în anii de adult.

Prin definiție, trauma este insuportabilă și intolerabilă. Marea majoritate a victimelor violurilor, soldații întorși de pe câmpul de luptă și copiii care au fost molestați sunt atât de deranjați atunci când se gândesc la ceea ce li s-a întâmplat încât încearcă să uite cu orice preț de experiența trăită, să se comporte ca și cum nu s-ar fi întâmplat nimic și să își vadă astfel de viață. Ei au nevoie însă de o energie colosală pentru a putea funcționa în continuare ducând cu ei amintirea terorii și rușinea cauzată de slăbiciunea și de vulnerabilitatea lor.

Oricât de mult ne-am dori să uităm de trauma suferită cândva, acea parte a creierului nostru care este dedicată asigurării supraviețuirii noastre (situată mult sub creierul nostru rațional) nu acceptă cu ușurință negarea. Mult timp după încheierea experienței traumatice, ea poate fi reactivată cu ușurință la cel mai mic semn de pericol, mobilizând circuite cerebrale perturbate și secretând cantități uriașe de hormoni ai stresului. Acest lucru precipită emoții neplăcute, senzații fizice extrem de intense și acțiuni impulsive și agresive. Aceste reacții posttraumatice par copleșitoare și greu de înțeles. Simțindu-se scăpați de sub control, supraviețuitorii traumelor încep adeseori să se teamă că sunt deteriorați chiar în esența lor, fără șanse de vindecare.

—

Primul moment în care m-am simțit atras de medicină a fost cel în care am participat la o tabără de vară, pe când aveam 14 ani. Vărul meu Michael m-a ținut treaz toată noaptea explicându-mi cum funcționează rinichii, cum filtrează ei deșeurile organismului și cum reabsorb substanțele chimice care mențin sistemul fiziologic într-o stare de echilibru. M-am simțit fascinat atunci de maniera miraculoasă în care funcționează organismul nostru. Mai târziu, în perioada pregătirii mele medicale, mi-a devenit evident – indiferent dacă studiam chirurgia, cardiologia sau pediatria – cum funcționează organismul uman. Când am început să studiez însă psihiatria, am rămas uimit de contrastul dintre incredibila complexitate a minții și de modalitățile prin care suntem conectați și atașați unii de ceilalți, pe de o parte, și cât de puțin știu psihiatrii despre originea problemelor pe care le tratează, pe de altă parte. Oare va veni vreodată o zi în care să știm la fel de multe despre creier, minte și iubire cum știm despre celelalte sisteme fiziologice?

Vor mai trece cu siguranță mulți ani până când vom ajunge la o astfel de înțelegere detaliată, dar nașterea a trei noi ramuri ale științei a condus la o veritabilă explozie a cunoașterii referitoare la efectele traumelor psihice, abuzurilor și neglijării. Aceste discipline noi sunt: neuroștiința, studiul modalității prin care creierul susține procesele mentale; psihopatologia dezvoltării, studiul impactului pe care îl au experiențele adverse asupra dezvoltării minții și creierului; și neurobiologia interpersonală, studiul modalităților prin care comportamentul nostru influențează emoțiile, biologia și tiparele mentale ale celor din jur.

Cercetările făcute în domeniul noilor discipline au arătat că trauma produce schimbări fiziologice concrete, inclusiv recalibrarea sistemului de alarmă al creierului, creșterea activității hormonilor stresului și modificări la nivelul sistemului care filtrează informațiile relevante de cele nerelevante. Se știe astăzi că trauma compromite acea zonă a creierului care comunică senzația fizică de a fi în viață. Aceste schimbări explică de ce indivizii traumatizați devin hipervigilenți în fața amenințărilor, în detrimentul angrenării spontane în viața lor de zi cu zi. De asemenea, ele ne ajută să înțelegem de ce repetă atât de des oamenii traumatizați aceleași probleme și de ce au ei dificultăți în a-și învăța lecțiile în urma experiențelor. De pildă, știm astăzi că acest comportament nu este rezultatul eșecului moral, al lipsei de voință sau al unui caracter inadecvat, ci pur și simplu al unor schimbări efective produse în interiorul creierului lor.

Această amplificare vastă a cunoașterii noastre referitoare la procesele esențiale care stau la baza traumelor a deschis noi posibilități pentru atenuarea sau chiar inversarea răului produs. Am învățat astfel să dezvoltăm metode și experiențe care se folosesc de neuroplasticitatea naturală a creierului pentru a-i ajuta pe supraviețuitori să se simtă plenar integrați în momentul prezent și să își continue viața. În esență, există trei astfel de metode principale: 1) de sus în jos, prin vorbire, reconectarea cu ceilalți oameni și permisiunea acordată nouă înșine de a înțelege ce se întâmplă cu noi, prin procesarea amintirilor traumei; 2) prin consumul de medicamente care blochează reacțiile inadecvate de alarmă, sau prin utilizarea altor tehnologii care modifică modul în care își organizează creierul informațiile; și 3) de jos în sus, prin acordarea permisiunii ca organismul să trăiască experiențe care contrazic la modul profund și

visceral senzațiile de neajutorare, furie sau colaps rezultate în urma traumei. Care dintre acestea este cea mai bună metodă pentru un supraviețuitor este o întrebare empirică. Cei mai mulți dintre pacienții cu care am lucrat personal au avut nevoie de o combinație între aceste metode.

Aceasta a fost munca mea de o viață. Am fost susținut în acest demers de colegii și de studenții mei de la Centrul pentru Traume, pe care l-am fondat în urmă cu 30 de ani. Împreună, am tratat mii de copii și adulți traumatizați, oameni care au suferit abuzuri din partea celor apropiați sau a străinilor. Potrivit unei tradiții de lungă durată, obișnuim să discutăm pe larg despre pacienții noștri în cadrul unor întruniri săptămânale, stabilind astfel cât de bine funcționează diferite forme de tratament pentru diferiți indivizi.

Principala noastră misiune a fost dintotdeauna să îi îngrijim pe copiii și pe adulții care vin la tratament, dar ne-am dedicat încă de la început inclusiv realizării unor studii pentru a explora efectele stresului posttraumatic asupra diferitelor populații și pentru a determina ce tratamente funcționează cel mai bine în astfel de cazuri. Am fost susținuți în această direcție de bursele de cercetare care ne-au fost acordate de Institutul Național pentru Sănătate Mintală, de Centrele pentru Controlul Bolilor și de diferite fundații particulare, care ne-au permis să studiem eficacitatea multor forme diferite de tratament, de la medicamente la plimbări, yoga, EMDR, teatru și neurofeedback.

Provocarea este următoarea: cum își pot redobândi oamenii controlul asupra reziduurilor traumelor din trecut, astfel încât să își poată gestiona din nou viața din momentul prezent? Vorbitul, înțelegerea și conexiunile interumane ajută, iar medicamentele pot inhiba sistemele de alarmă hiperactive. Așa cum vom vedea însă, amprentele rămase din trecut pot fi transformate prin trăirea unor experiențe fizice care contrazic direct senzația de neajutorare, de furie și de colaps care face parte integrantă din traumă, redobândindu-și astfel autocontrolul. Personal, nu am o modalitate de tratament preferată, căci nu există nicio abordare care să li se potrivească tuturor, ci aplic toate tipurile de tratament pe care le comentez în această carte. Toate aceste metode pot produce schimbări profunde, în funcție de natura problemei tratate și de personalitatea pacientului.

Am scris această carte ca pe un ghid și o invitație. Speranța mea este că oamenii vor învăța să își confrunte traumele, explorând cele mai bune modalități de a le trata și folosind toate mijloacele de care dispunem – ca societate – pentru prevenirea lor.

PARTEA ÎNTÂI:

REDESCOPERIREA TRAUMEI

Capitolul 1

LECŢII PRIMITE DE LA VETERANII RĂZBOIULUI DIN VIETNAM

Am devenit ceea ce sunt astăzi la vârsta de 12 ani, într-o zi sumbră din iarna anului 1975. S-a petrecut cu mult timp în urmă, dar este greşit ce se spune, că totul există doar în trecut... Privind retroactiv, îmi dau seama că în ultimii 26 de ani m-am străduit să-mi ascund acel eveniment trist din viaţa mea.

— **Khaled Hosseini, *Vânătorii de zmeie***

Viaţa altor oameni pare o poveste, a mea a avut foarte multe opriri şi porniri. Aceste este efectul traumei, ea îţi întrerupe scenariul, după care viaţa merge mai departe. Nimeni nu te pregăteşte pentru aşa ceva.

— **Jessica Stern, *Negarea: O amintire a terorii***

Într-o zi de marţi de după weekendul în care am sărbătorit Ziua Naţională a Statelor Unite (4 iulie) din anul 1978, mi-am început activitatea de psihiatru în cadrul Clinicii pentru Veterani din Boston. În timp ce îmi agăţam pe peretele noului meu birou un tablou cu pictura mea favorită de Breughel, „Orbul care îl conduce pe orb", am auzit zgomote în zona recepţiei. Câteva clipe mai târziu, un bărbat masiv într-un costum murdar a intrat trântind uşa în biroul meu, cu un exemplar din revista *Soldier of Fortune* în mână. Era atât de agitat şi de mahmur că m-am întrebat imediat cum l-aş putea ajuta pe acest individ uriaş. I-am cerut să ia loc şi să îmi spună ce puteam face pentru el.

Numele lui era Tom. Cu zece ani în urmă făcuse parte din Corpul Puşcaşilor Marini, fiind trimis în Vietnam. În loc să îşi

petrecă weekendul și sărbătorile cu familia sa, a stat închis în biroul său din centrul Bostonului, bând și uitându-se la fotografii din trecut. Știa din experiența anilor anteriori că zgomotele, artificiile, căldura și picnicul din curtea casei surorii sale, la care se adăuga frunzișul verde al începutului de vară, i-ar fi reamintit de Vietnam, înnebunindu-l. Atunci când devenea foarte agitat, se temea să stea în preajma familiei sale, întrucât se purta ca un monstru cu soția și cu cei doi băieți ai săi. Zgomotul făcut de aceștia din urmă îl făcea să devină atât de agitat încât prefera să plece de acasă, pentru a nu-i răni în vreun fel. Singurele lucruri care îl ajutau cât de cât să se calmeze erau băutul până când uita de el și mersul cu motocicleta sa Harley-Davidson cu o viteză periculos de mare.

Noaptea nu îi oferea nicio alinare. Somnul îi era în permanență întrerupt de coșmaruri cu o ambuscadă într-un câmp de orez din Vietnam, în care toți membrii plutonului său au fost uciși sau răniți. În plus, avea flash-uri retroactive în care vedea copii vietnamezi morți. Aceste coșmaruri erau atât de oribile încât ajunsese să se teamă să mai adoarmă, preferând să stea treaz toată noaptea și să bea. Dimineața, soția sa îl găsea mort de beat pe canapeaua din sufragerie și trebuia să meargă pe vârfuri în jurul lui pentru a le pregăti copiilor micul dejun și a-i trimite la școală.

După ce mi-a spus toate acestea, Tom a adăugat că a absolvit liceul în anul 1965, fiind al doilea din clasă. Dată fiind tradiția familiei sale de a se înrola în serviciul militar, s-a înrolat în Corpul Pușcașilor Marini imediat după absolvire. Tatăl său participase la cel de-al Doilea Război Mondial, în armata Generalului Patton, iar Tom nu a pus niciodată la îndoială așteptările acestuia în ceea ce îl privea. Având un corp atletic, o inteligență vie și fiind un lider înnăscut, Tom se simțea puternic și eficient, iar după ce și-a terminat antrenamentul de bază, s-a considerat membrul unei echipamente pregătite practic pentru orice. În Vietnam, a devenit rapid șef de pluton, conducând alți opt pușcași marini. Supraviețuirea în urma traversării unei mlaștini în timp ce inamicul trage în tine cu mitraliera te poate face să te simți foarte bine în pielea ta și să îți respecți cu atât mai mult camarazii de arme.

La sfârșitul stagiului militar, Tom a fost lăsat la vatră și nu și-a mai dorit decât să uite pentru totdeauna de Vietnam. La prima vedere, exact asta a făcut. S-a înscris la colegiul GI Bill, a absolvit dreptul, s-a căsătorit cu iubita lui din liceu și a făcut doi copii. Tom

nu mai simțea însă o afecțiune reală față de soția sa, deși scrisorile acesteia fuseseră singurele care îl ajutaseră să nu își piardă mințile în nebunia din junglă. El a mimat ducerea unei vieți normale, sperând că își va regăsi astfel, încetul cu încetul, identitatea de sine de altădată. La ora actuală avea un cabinet de avocatură înfloritor și o familie aparent perfectă, dar nu se simțea deloc normal. Lăuntric, se simțea mort.

Deși Tom era primul veteran pe care l-am cunoscut într-un cadru profesionist, povestea vieții sale mi se părea extrem de familiară. Am crescut eu însumi în Olanda de după război, jucându-mă printre ruinele clădirilor bombardate. Am fost fiul unui bărbat care s-a opus atât de deschis naziștilor încât a fost trimis într-un lagăr de concentrare. Tata nu a vorbit niciodată despre experiențele sale din timpul războiului, dar avea izbucniri de furie atât de violente încât mă jucau de fiecare dată când eram copil. Cum putea izbucni cu atâta violență bărbatul pe care îl auzeam coborând în liniște scările în fiecare dimineață pentru a se ruga și pentru a citi din Biblie, având grijă să nu își trezească familia? Am văzut același tip de comportament și la unchiul meu, care fusese capturat de japonezi în Indiile Olandeze de Est (la ora actuală Indonezia) și a fost trimis ca sclav în Birmania, unde a lucrat la construcția faimosului pod peste râul Kwai. Nici el nu vorbea decât foarte rar despre război, dar avea când și când crize necontrolate de furie.

Ascultându-l pe Tom, m-am întrebat în ce măsură au avut coșmaruri și amintiri recurente inclusiv tatăl și unchiul meu, și în ce măsură s-au simțit aceștia deconectați de cei dragi și incapabili să își mai găsească plăcerea în viață. Undeva, în subconștientul meu, trebuie să fi existat amintiri legate de mama mea speriată, și care mă sperie la rândul ei, întrucât experimentase propria sa traumă în copilărie, pe care – înclin să cred astăzi – o retrăia adeseori. Mama avea obiceiul neplăcut de a leșina ori de câte ori o întrebam cum a fost viața ei când era fetiță, după care dădea vina pe mine pentru că am necăjit-o.

Văzând interesul meu evident, Tom s-a liniștit și mi-a spus cât de speriat și de confuz se simțea. Se temea că devenea exact ca tatăl său, care era întotdeauna furios și nu vorbea decât rareori cu copiii săi, și atunci doar pentru a-i compara într-o manieră nefavorabilă cu colegii săi care și-au pierdut viața în jurul Crăciunului din anul 1944, în timpul Bătăliei de la Bulge.

Apropiindu-ne de sfârșitul ședinței, am făcut ceea ce fac toți doctorii: m-am focalizat asupra acelei părți din povestea lui Tom pe care credeam că o înțeleg: coșmarurile sale. În timpul facultății de medicină, am lucrat într-un laborator al somnului, observând ciclurile somn/vise ale oamenilor, și chiar am colaborat la scrierea unor articole despre coșmaruri. De asemenea, am participat la primele cercetări referitoare la efectele benefice ale drogurilor psihoactive, care abia începeau să fie folosite prin anii 70. Prin urmare, deși nu realizam în profunzime anvergura problemelor cu care se confrunta Tom, îi puteam înțelege coșmarurile, și fiind un adept plin de entuziasm al medicamentelor alupate pentru o viață mai bună, i-am prescris un medicament care s-a dovedit a fi eficient, reducând incidența și severitatea coșmarurilor. L-am programat pe Tom pentru o nouă consultație, două săptămâni mai târziu.

Când s-a întors, l-am întrebat nerăbdător pe Tom cum au funcționat medicamentele. Mi-a răspuns că nu a luat niciunul. Încercând să-mi ascund iritarea, l-am întrebat de ce.

– Mi-am dat seama că dacă voi lua pastile și coșmarurile îmi vor dispărea, mi-a răspuns el, îmi voi abandona efectiv prietenii, iar moartea lor ar fi zadarnică. Simt nevoia să fiu o amintire vie a prietenilor mei care au murit în Vietnam.

Am rămas șocat: loialitatea lui Tom față de prietenii săi morți îl împiedica să își trăiască propria viață, la fel cum devotiunea tatălui său față de prietenii lui l-au împiedicat pe acesta să își trăiască viața. Experiențele tatălui și fiului pe câmpul de luptă au făcut ca restul vieții lor să li se pară nerelevant. Cum a fost posibil, și ce puteam face eu în această direcție? În acea dimineață mi-am dat seama că aveam să îmi petrec tot restul vieții profesionale încercând să dezleg misterele traumei. De ce devin oamenii care trăiesc experiențe oribile atât de ancorați în trecutul lor, dincolo de orice speranță? Ce se întâmplă în mintea și în creierul lor? De ce încremenesc ei în timp, captivi într-un loc din care și-ar dori cu disperare să scape? De ce nu s-a terminat războiul pentru acest bărbat în februarie 1969, când părinții săi l-au îmbrățișat pe Aeroportul Internațional Logan din Boston, după lungul zbor din Da Nang până acasă?

Nevoia lui Tom de a-și trăi viața ca un memorial pentru colegii săi m-a învățat că el suferea de ceva mult mai complex decât o simplă sumă de amintiri neplăcute sau un simplu dezechilibru la

nivelul chimiei cerebrale, care i-a modificat circuitele fricii din creier. Înaintea ambuscadei din câmpul de orez, Tom a fost un prieten devotat și loial, un om care iubea viața, cu numeroase interese și plăceri. Într-un singur moment terifiant, trauma l-a transformat însă în profunzime.

În timpul perioadei petrecute la Administrația Veteranilor, am cunoscut foarte mulți bărbați cu reacții similare. În fața celor mai mici frustrări, veteranii au tendința de a face instantaneu o criză extremă de furie. Zonele publice ale clinicii noastre au fost distruse cu o dară de pumnii unora sau altora dintre pacienți, iar agenții de pază trebuiau să fie tot timpul pregătiți pentru a-i proteja pe recepționeri și pe agenții de asigurări de veteranii furibunzi. De bună seamă, acest comportament ne speria pe toți, dar pe mine unul mă intriga în același timp.

Acasă, eu și soția mea aveam probleme similare cu copiii noștri (de un an-doi), care făceau crize de furie atunci când le spuneam să își mănânce spanacul sau să își pună șosete călduroase. Nu puteam înțelege de ce nu eram deloc preocupat de comportamentul imatur al copiilor mei, dar mă simțeam profund îngrijorat de ceea ce se întâmpla cu veteranii de război (dincolo de mărimea celor din urmă, desigur, care le dădea acestora potențialul de a face mult mai mult rău decât copiii mei de acasă). Mi-am dat rapid seama care era explicația: în cazul copiilor mei eram conștient că printr-o îngrijire adecvată, aceștia aveau să învețe treptat să își gestioneze mai bine frustrările și dezamăgirile, în timp ce în privința veteranilor pe care îi tratam, eram mult mai sceptic că aveam să îi pot ajuta să reînvețe virtutea autocontrolului și capacitatea de autoreglare pe care le pierduseră în timpul războiului.

Din păcate, nimic din educația mea psihiatrică nu m-a pregătit pentru dificultățile cu care se confruntau Tom și tovarășii săi veterani. Am studiat întreaga literatură medicală pentru a găsi cărți despre nevroza cauzată de război, de șocul bombelor, de oboseala luptei sau orice alt termen ori diagnostic la care m-aș fi putut gândi, care să li se potrivească pacienților mei. Spre surpriza mea, în biblioteca de la Administrația Veteranilor nu exista nici măcar o singură carte despre aceste condiții. La cinci ani după ce ultimul soldat american a părăsit Vietnamul, problema traumelor generate de război nu se afla încă pe agenda nimănui. În sfârșit, la Biblioteca Countway de

la Școala Medicală Harvard am găsit cartea *Nevrozele traumatice cauzate de război*, publicată în anul 1941 de un psihiatru pe nume Abram Kardiner, care descria observațiile acestuia despre soldații traumatizați în luptă și considerați victime colaterale ale celui de-al Doilea Război Mondial.

Kardiner descria în cartea sa același fenomen cu care m-am confruntat eu: după război, foștii soldați rămâneau cu o senzație de inutilitate. Deveneau interiorizați și retrași, chiar dacă anterior războiului fuseseră oameni normali. Ceea ce Kardiner a numit la vremea lui „nevroze traumatice" este numit astăzi sindromul stresului posttraumatic – SSPT. Kardiner a remarcat faptul că suferinzii de nevroze traumatice își dezvoltă o vigilență cronică și o mare sensibilitate la amenințări. O frază care mi-a atras atenția în mod deosebit a fost următoarea: „Nucleul oricărei nevroze este o nevroză fiziologică." Cu alte cuvinte, stresul posttraumatic nu „există doar în mintea pacientului", așa cum se credea până atunci, ci are o bază fiziologică. Kardiner a înțeles la vremea sa că simptomele stresului posttraumatic își au originea în reacția corpului la trauma suferită.

Descrierea lui Kardiner mi-a confirmat propriile observații, lucru care m-a reconfortat, dar nu m-a învățat prea mult ce pot face pentru a-i ajuta pe veterani. Lipsa literaturii de specialitate pe acest subiect s-a dovedit a fi un handicap serios, dar pe de altă parte profesorul și mentorul meu, Elvin Semrad, ne-a învățat (când eram studenți) să fim sceptici în privința manualelor. Singurul nostru manual autentic, ne-a spus el, sunt pacienții noștri. Prin urmare, nu trebuie să avem încredere decât în ceea ce aflăm de la ei și din experiența noastră directă. Pare ușor la prima vedere, dar deși ne-a recomandat să nu ne bazăm decât pe propria noastră cunoaștere directă, Semrad ne-a avertizat că procesul va fi extrem de dificil, întrucât oamenii sunt niște veritabili experți în autoamăgire și în ascunderea adevărului. Odată, ne-a spus: „Cele mai mari surse de suferință sunt minciunile pe care ni le spunem singuri." Lucrând la Administrația Veteranilor, am descoperit în scurt timp cât de tulburătoare poate fi confruntarea cu realitatea, nu doar în cazul pacienților mei, ci și al meu.

Noi nu ne dorim cu adevărat să știm prin ce trec soldații pe câmpul de luptă, câți copii sunt molestați și abuzați în societatea noastră sau câte cupluri (aproape o treime, din câte se pare) sunt angrenate în acte de violență de-a lungul relației lor. Noi ne dorim

să rămânem cu iluzia noastră că familia reprezintă un rai al siguranței într-o lume nemiloasă și că țara noastră este populată de oameni civilizați și inteligenți. Preferăm să credem că actele de cruzime nu se petrec decât în locuri foarte îndepărtate precum Darfur sau Congo. Este suficient de greu să fii un observator al durerii. În aceste condiții, nu este de mirare că indivizii traumatizați nu pot tolera nici măcar să își aducă aminte prin ce au trecut, preferând să recurgă la droguri, alcool sau automutilare pentru a-și bloca amintirile insuportabile.

Tom și tovarășii săi veterani au devenit astfel primii mei profesori, ajutându-mă să înțeleg cât de ușor poate fi zdruncinată o viață de o experiență copleșitoare și să mă gândesc în ce fel îi pot ajuta să se simtă din nou vii.

TRAUMA ȘI PIERDEREA IDENTITĂȚII DE SINE

Primul studiu pe care l-am realizat la Administrația Veteranilor a început prin a-mi întreba sistematic pacienții ce li s-a întâmplat în Vietnam. Îmi doream să aflu ce anume i-a împins la limită și de ce unii dintre ei s-au prăbușit psihic ca urmare a experienței lor, în timp ce alții și-au putut continua liniștiți viața. Cei mai mulți dintre bărbații pe care i-am intervievat au plecat la război simțindu-se bine pregătiți și uniți între ei, datorită rigorilor antrenamentului de bază și pericolului comun. Ei au făcut schimb de poze cu membrii familiilor și cu iubitele lor, și-au suportat reciproc defectele și s-au simțit pregătiți să își riște viața de dragul prietenilor lor. Cei mai mulți dintre ei au avut suficientă încredere în camarazii lor pentru a le împărtăși cele mai întunecate secrete ale lor, iar unii au mers atât de departe încât să facă schimb de cămăși și șosete între ei.

Foarte mulți soldați au avut prietenii similare celei dintre Tom și Alex. Tom l-a cunoscut pe Alex, un italian din Malden, Massachusetts, în prima zi în care a ajuns în Vietnam, și s-a împrietenit instantaneu cu acesta. Cei doi mergeau împreună cu jeepul, ascultau aceeași muzică și își citeau reciproc scrisorile primite de acasă. Se îmbătau împreună și se dădeau la aceleași fete vietnameze.

După circa trei luni de când a ajuns în Vietnam, Tom și-a condus plutonul într-un marș printr-un câmp de orez, înainte de apusul soarelui. Subit, soldații vietnamezi au deschis focul asupra lor din jungla înconjurătoare, lovindu-i pe rând pe cei din jurul lui Tom. Acesta

mi-a povestit că a privit terorizat cum toți membrii plutonului său au fost uciși sau răniți în doar câteva secunde. De atunci, el nu și-a mai putut scoate niciodată o imagine din minte: ceafa lui Alex care căzuse cu fața în câmpul de orez, cu picioarele încă în aer. Tom a izbucnit în plâns când și-a adus aminte: „A fost singurul prieten adevărat pe care l-am avut vreodată." Mai târziu în acea noapte, Tom a continuat să audă țipetele oamenilor săi și să vadă trupurile lor căzând în apă. Toate zgomotele, mirosurile sau imaginile care îi reaminteau de acel moment al ambuscadei (cum ar fi artificiile de Ziua Națională a Statelor Unite) îl făceau să se simtă instantaneu la fel de paralizat, de terorizat și de furios cu în acea zi în care elicopterul american l-a evacuat din câmpul de orez.

Încă și mai rea decât amintirile recurente ale ambuscadei era pentru Tom amintirea a ceea ce s-a întâmplat după aceasta. Îmi puteam imagina cu ușurință furia lui Tom legată de moartea prietenului său, care l-a condus la calamitatea ce a urmat. El a avut nevoie de luni întregi, în care s-a confruntat cu o rușine paralizantă, pentru a-mi povesti ce s-a întâmplat atunci. Încă din cele mai vechi timpuri, veteranii au reacționat la moartea camarazilor lor prin acte oribile de răzbunare. Așa s-a întâmplat de pildă cu Ahile din *Iliada* lui Homer. A doua zi după ambuscadă, Tom a intrat într-un sat din vecini, într-o stare de furie incontrolabilă, a ucis copii și un țăran inocent și a violat o femeie vietnameză. După acest episod, i-a fost imposibil să se mai întoarcă normal acasă. Cum să dai ochii cu iubita ta din liceu și să îi spui că ai violat cu brutalitate o femeie exact ca ea, sau să îți vezi fiul făcând primii pași, reamintindu-ți astfel de copiii pe care i-ai ucis? Tom a experimentat moartea lui Alex ca pe distrugerea pentru totdeauna a unei părți din el însuși – partea cea mai bună, mai onorabilă și mai demnă de încredere a ființei sale. Aproape întotdeauna, indiferent dacă este rezultatul unei acțiuni comise asupra ta sau al uneia pe care ai comis-o tu însuți, trauma face aproape imposibilă angrenarea în alte relații intime. Cum să înveți din nou să ai încredere în tine însuți sau în altcineva după ce ai experimentat o tragedie atât de indescriptibilă? Sau cum să te mai abandonezi unei relații intime după ce ai fost violată cu brutalitate?

Tom a continuat să vină cu regularitate la ședințele noastre, căci am devenit pentru el un personaj emblematic, tatăl pe care nu l-a avut niciodată sau un fel de Alex care a supraviețuit atacului. Este

nevoie de o încredere și de un curaj nemărginite pentru a-ți permite să îți aduci aminte. Unul dintre cele mai grele lucruri pentru oamenii traumatizați este confruntarea cu rușinea generată de comportamentul pe care l-au avut în timpul unui episod traumatic, indiferent dacă aceasta este obiectivă (cum ar fi cazul comiterii unei atrocități) sau nu (cum ar fi cazul unui copil care încearcă să se opună abuzatorului său). Unul dintre primii oameni care au descris acest fenomen a fost Sarah Haley, care avea un birou chiar lângă al meu la Clinica Administrației Veteranilor. Într-un articol intitulat „Când pacientul raportează o atrocitate", care a devenit un criteriu major de referință pentru diagnosticarea SSPT, ea a comentat dificultatea intolerabilă a discutării despre actele oribile comise adeseori de soldați în decursul experiențelor lor de pe câmpul de luptă (sau a ascultării relatării acestora de către altcineva). Este suficient de greu să te confrunți efectiv cu suferința pe care le-ai cauzat-o altora, dar foarte mulți dintre oamenii traumatizați sunt încă și mai copleșiți de rușinea pe care o simt din cauza propriilor lor acțiuni (sau inacțiuni) în circumstanțele date. Ei se disprețuiesc pentru că s-au simțit atât de speriați, de dependenți, de plini de entuziasm sau de furie.

Peste ani, am întâlnit un fenomen similar în lumea victimelor abuzurilor comise asupra copiilor. Mulți din acești supraviețuitori continuă să sufere de o rușine agonizantă din cauza acțiunilor pe care au fost nevoiți să le comită pentru a supraviețui și pentru a menține o conexiune cu persoana care i-a abuzat, mai ales dacă aceasta era apropiată de copil sau dacă copilul depindea de ea, așa cum se întâmplă adeseori. Ei simt o stare de confuzie, neștiind dacă au fost o victimă sau un participant voluntar, motiv pentru care nu mai reușesc să facă diferența între iubire și teroare, sau între plăcere și durere. Vom reveni mai târziu la această dilemă.

AMORȚEALA EMOȚIONALĂ

Poate cel mai nociv dintre simptomele manifestate de Tom era amorțeala sa emoțională. El își dorea cu disperare să își iubească familia, dar pur și simplu nu mai găsea resurse interioare în această direcție. Se simțea distant emoțional față de toți oamenii, ca și cum inima i-ar fi înghețat, iar el ar fi trăit dincolo de un zid de sticlă. De altfel, această amorțeală îl includea și pe el. Singurele lucruri pe care mai reușea să

le simtă erau furia și rușinea. Tom mi-a spus că de-abia mai reușește să se recunoască atunci când se uită dimineața în oglindă pentru a se bărbieri. Atunci când se asculta ținând pledoarii la tribunal, se observa de la mare distanță și se întreba cum de găsea acest individ care arăta și mergea la fel ca el argumente atât de coerente. Atunci când câștiga un caz, se prefăcea că este mulțumit, iar atunci când pierdea se resemna, ca și cum ar fi anticipat că acest lucru se va întâmpla. Deși era un avocat foarte bun, se simțea întotdeauna ca și cum ar fi plutit prin spațiu, lipsit de vreun scop sau direcție.

Singurul lucru care reușea uneori să îl elibereze de această senzație de derivă erau momentele ocazionale în care se implica foarte mult într-un caz. În perioada ședințelor noastre terapeutice, Tom a trebuit să apere un mafiot acuzat de crimă. Pe durata procesului, el a fost complet absorbit de acesta, imaginându-și o strategie care să îl ajute să câștige cazul, scop în care rămânea adeseori treaz noaptea, dar de data aceasta nu din cauza coșmarurilor, ci pentru că făcea ceva care îl umplea de entuziasm. Mi-a relatat că se simțea la fel ca atunci când lupta pe front: plenar viu, ca și cum nimic altceva nu ar mai fi contat. După ce a câștigat procesul, Tom și-a pierdut însă energia și senzația că are un scop în viață. Coșmarurile i-au revenit, la fel și crizele de furie, care au devenit atât de intense încât s-a văzut nevoit să se mute la un motel pentru a se asigura că nu le va face rău soției și copiilor săi. Din păcate, singurătatea s-a dovedit la fel de terifiantă, căci demonii războiului s-au întors și l-au atacat în forță. Tom a încercat să rămână ocupat, să lucreze, să bea și să se drogheze, făcând astfel tot ce îi stătea în puteri pentru a evita confruntarea cu demonii săi.

El a continuat să citească revista militară *Soldier of Fortune*, visând să se înroleze ca mercenar într-unul din multele războaie care făceau ravagii în Africa. În primăvara anului respectiv și-a luat motocicleta Harley și a gonit cu ea pe Autostrada Kancamagus din New Hampshire. Vibrațiile motocicletei, viteza și pericolul călătoriei l-au ajutat să se readune, astfel încât la sfârșitul excursiei s-a putut întoarce la familia sa.

REORGANIZAREA PERCEPȚIEI

Un alt studiu pe care l-am realizat la Administrația Veteranilor a început ca o cercetare a coșmarurilor, dar s-a transformat într-o

explorare a manierei în care traumele modifică percepțiile și imaginația oamenilor. Primul subiect pe care l-am înrolat în studiul meu a fost Bill, un fost medic care a participat cu un deceniu în urmă la Războiul din Vietnam. După ce a fost lăsat la vatră, el s-a înscris la un seminar teologic, iar după ce l-a absolvit a primit prima sa parohie la o biserică congregațională dintr-o suburbie a Bostonului. O vreme s-a descurcat foarte bine, până când soția i-a născut primul copil. La scurt timp după nașterea acestuia, soția sa, care era infirmieră, s-a întors la slujbă, în timp ce el a rămas acasă, lucrând la predica sa săptămânală și la alte îndatoriri parohiale, și având grijă de copilul său. În prima zi în care a rămas singur cu copilul, acesta a început să plângă, iar Bill și-a reamintit subit de toți copiii pe care i-a văzut murind în Vietnam.

Bill s-a văzut nevoit să își sune soția, pe care a rugat-o să vină și să aibă grijă de copil, iar el a venit la Administrația Veteranilor într-o stare de panică. Aici, le-a declarat medicilor că auzea încontinuu plânsete de copii și vedea imagini ale fețelor arse și însângerate ale acestora. Colegii mei medici erau convinși că era un episod psihotic, întrucât manualele de medicină ale vremii susțineau că halucinațiile auditive și vizuale sunt simptome ale schizofreniei paranoice. Explicația pe care o dădeau ele era că psihoza lui Bill a fost declanșată cel mai probabil de reorientarea afecțiunii soției sale de la el către copilul lor.

Când am ajuns la birou în acea zi, l-am văzut pe Bill înconjurat de mai mulți doctori îngrijorați, care se pregăteau să îl injecteze cu un medicament antipsihotic puternic, iar apoi să îl izoleze într-un salon închis. Ei mi-au descris simptomele sale și mi-au cerut opinia. Dat fiind că lucrasem anterior într-o clinică specializată în tratamentul schizofrenicilor, eram curios. Cumva, diagnosticul nu mi se părea corect. L-am întrebat pe Bill dacă puteam vorbi cu el, iar după ce i-am ascultat povestea, l-am parafrazat imediat pe Freud, care a spus în anul 1985, vorbind despre traume, ceva de gen: „Eu cred că acest bărbat suferă din cauza amintirilor." I-am spus lui Bill că voi încerca să îl ajut, și după ce i-am dat câteva medicamente pentru controlul atacurilor de panică, l-am întrebat dacă era dispus să se întoarcă peste câteva zile pentru a participa la studiul meu referitor la coșmaruri. A fost de acord.

Tot în cadrul studiului nostru, le-am dat participanților un test Rorschach. Spre deosebire de testele care solicită răspunsuri

la întrebări directe, răspunsurile la testul Rorschach sunt aproape imposibil de falsificat. Acest test reprezintă o modalitate unică de a observa cum își construiesc oamenii o imagine mentală pornind de la un stimul lipsit de semnificație: o pată de cerneală. Dat fiind că oamenii sunt creaturi care își construiesc sensuri, noi avem tendința de a crea un fel de imagine sau o poveste în jurul acestor pete de cerneală, la fel cum procedăm atunci când stăm pe o pajiște într-o zi frumoasă de vară și privim norii de pe cer. Ceea ce fac oamenii cu aceste pete de cerneală ne spune foarte multe despre maniera în care funcționează mintea lor.

Văzând al doilea cartonaș al testului Rorschach, Bill a exclamat, cuprins de oroare: „Acesta este copilul pe care l-am văzut aruncat în aer în Vietnam. În mijloc se poate vedea carnea carbonizată, rănile și sângele care țâșnește pretutindeni." Respirând agitat și transpirând abundent, a fost cuprins de un atac de panică similar celui pe care l-a avut când a venit pentru prima dată la clinica Administrației Veteranilor. Deși i-am auzit pe alți veterani povestindu-și amintirile recurente, aceasta a fost prima dată când am asistat direct la o astfel de amintire. În acel moment, aflat în biroul meu, Bill a văzut cu siguranță aceleași imagini, a mirosit aceleași mirosuri și a perceput aceleași senzații fizice ca în momentul în care s-a petrecut evenimentul propriu-zis. La zece ani după ce a ținut neajutorat un copil care a murit în brațele sale, Bill a retrăit aceeași traumă doar privind o pată de cerneală.

Experimentarea directă a amintirii recurente a lui Bill în biroul meu m-a ajutat să înțeleg agonia pe care o simt regulat veteranii de război și pe care eu încercam să o tratez. Cu această ocazie, am înțeles o dată în plus cât de vital era să găsesc o soluție pentru această problemă. Indiferent cât de traumatic este un eveniment, el are un început, o parte de mijloc și un final. Nu la fel stau însă lucrurile cu amintirile recurente despre acesta. Nu poți ști niciodată când vei fi lovit din nou de o astfel de amintire sau când se va opri aceasta. Mi-a luat ani de zile ca să învăț să tratez eficient amintirile recurente, iar unul dintre cei mai importanți mentori ai mei în această privință s-a dovedit a fi Bill.

Atunci când le-am dat testul Rorschach altor 21 de veterani, reacția lor a fost consistentă: văzând al doilea cartonaș, 16 dintre ei au reacționat ca și cum ar fi retrăit din nou trauma suferită în timpul

războiului. Al doilea cartonaș al testului Rorschach este primul care conține culori și dă adeseori naștere așa-numitului șoc al culorilor. Veteranii au interpretat acest cartonaș prin descrieri de gen: „Acestea sunt intestinele care i-au ieșit în afară prietenului meu Jim în urma unui tir de mortier" sau „Acesta este gâtul prietenului meu Danny după ce capul i-a fost spulberat de un obuz în timp ce luam prânzul". Niciunul din veterani nu a văzut călugări care dansează, fluturi care zboară, bărbați pe motociclete sau alte imagini-clișeu pe care și le imaginează foarte mulți oameni obișnuiți atunci când văd acest cartonaș.

Deși marea majoritate a veteranilor au devenit foarte agitați în urma imaginilor percepute în cartonaș, reacția celorlalți cinci a fost încă și mai alarmantă: aceștia nu au putut vedea absolut nimic. „Nu există nimic aici", mi-a spus unul dintre ei, „doar o pată de cerneală." Aveau dreptate, de bună seamă, dar reacția umană normală în fața unor stimuli ambigui constă în a-și folosi imaginația pentru a vizualiza ceva concret.

Testele Rorschach m-au învățat că oamenii traumatizați au tendința de a-și suprapune trauma peste tot ceea ce îi înconjoară, având dificultăți în a descifra realitatea din jurul lor. Ei nu au practic de ce să se agațe. Am aflat de asemenea că trauma influențează imaginația. Cei cinci subiecți care nu au văzut absolut nimic în pata de cerneală și-au pierdut capacitatea de a-și lăsa mintea să se joace. În ultimă instanță, și ceilalți 16 au pățit același lucru, căci vizualizând aceleași scene din trecut în pata de cerneală, ei nu au mai lăsat loc pentru flexibilitatea mentală care reprezintă principala caracteristică a imaginației. Practic, ei nu făceau decât să vizualizeze la infinit aceeași scenă.

Imaginația este esențială pentru calitatea vieții noastre. Ea ne ajută să ieșim din rutina existenței de zi cu zi și să visăm cu ochii deschiși la călătorii, alimente exotice, partide sexuale, dragoste, sau la faptul că noi suntem cei care avem ultimul cuvânt! În acest fel, viața noastră devine infinit mai interesantă. Imaginația ne oferă șansa de a vizualiza posibilități noi, fiind o rampă de lansare chintesențială pentru îndeplinirea speranțelor noastre. Ea ne pune pe jar creativitatea, ne eliberează de plictiseală, ne alină durerea, ne amplifică plăcerea și ne îmbogățește cele mai intime relații. Atunci când oamenii rămân în mod constant și într-o manieră compulsivă captivi în trecutul lor, fiind atrași obsesiv de ultimul moment în care au simțit o implicare

intensă și o emoție profundă, ei suferă de un eșec al imaginației și de un deficit de flexibilitate mentală. Fără imaginație nu mai există speranță, șansa de a-ți vizualiza un viitor mai bun, de a vedea ceva nou sau de a-ți atinge un scop.

Testele Rorschach m-au învățat de asemenea că oamenii traumatizați percep lumea într-o manieră fundamental diferită față de oamenii obișnuiți. Pentru cei mai mulți dintre noi, un bărbat care se apropie pe stradă din depărtare este doar o persoană care se plimbă, dar pentru o victimă a unui viol el poate fi chiar persoana care a molestat-o și un motiv de a intra în panică. Un profesor sever poate fi doar o prezență intimidantă pentru un elev obișnuit, dar pentru unul bătut de tatăl său vitreg el poate fi un torționar care îi precipită fie un atac de furie, fie o retragere speriată în spatele clasei.

CAPTIV ÎN TRAUMĂ

Clinica noastră a fost literalmente inundată de veterani aflați în căutarea unui ajutor psihiatric. Din păcate, dat fiind deficitul acut de medici, tot ce am putut face pentru cei mai mulți dintre ei a fost să îi punem pe o listă de așteptare, chiar dacă majoritatea continuau să se brutalizeze singuri sau să își chinuiască familia. Din ce în ce mai mulți veterani au început să fie arestați pentru ofense violente sau beție și un alt număr, la fel de alarmant, au început să se sinucidă. Am primit permisiunea de a înființa un grup pentru tinerii veterani ai Războiului din Vietnam, pe care l-am folosit ca pe un *think-tank* până la descoperirea unor terapii „reale".

La începutul ședinței unui grup la care participau foști pușcași marini, primul dintre ei care s-a ridicat în picioare a declarat pe șleau: „Eu nu doresc să vorbesc despre război." I-am răspuns că membrii grupului pot discuta despre absolut orice subiect doresc. După o jumătate de oră de tăcere penibilă, un veteran s-a ridicat în sfârșit și a început să povestească despre prăbușirea elicopterului său în timpul războiului. Spre uimirea mea, ceilalți membri ai grupului s-au animat imediat, vorbind cu o mare intensitate despre experiențele lor traumatice. Absolut toți au revenit în săptămâna următoare, și apoi în cea de după ea. Ei au găsit o anumită rezonanță și semnificație în cadrul grupului, chiar dacă au discutat despre lucruri care până atunci nu le produceau decât o senzație de teroare și de gol interior. Cu

toți și-au simțit reînnoită camaraderia din timpul războiului, atât de vitală pentru ei în respectiva perioadă de timp. Au insistat să fac parte integrantă din noua lor unitate, iar de ziua mea mi-au făcut cadou o uniformă de căpitan al pușcașilor marini. Privind retrospectiv, acest gest a revelat totuși unul din aspectele problemei cu care se confruntau: fie făceai parte din unitatea lor, fie nu, și atunci erai un nimeni. După o traumă de acest fel, lumea se împarte cu brutalitate în două părți: cei care știu ce s-a întâmplat și cei care nu știu. Nu poți avea încredere în oamenii care nu au trecut prin experiența ta traumatică, întrucât aceștia nu o pot înțelege. Din păcate, în această categorie intră inclusiv soția, copiii și colegii tăi de muncă.

Mai târziu am condus un alt grup, de această dată de veterani din armata lui Patton, oameni trecuți bine de 70 de ani, suficient de bătrâni pentru a-mi fi părinți. Ne-am întâlnit dimineața, în zilele de luni, la ora 8:00. În Boston, furtunile de zăpadă din timpul iernilor paralizează uneori transportul public, dar spre uimirea mea toți veteranii s-au prezentat la ședințele grupului, inclusiv pe furtună, unii dintre ei venind de la mulți kilometri pentru a ajunge la Clinica Administrației Veteranilor. De Crăciun, aceștia mi-au dăruit un ceas de mână din anii 40, emis de Forțele Aeriene ale Statelor Unite. La fel ca în cazul primului grup pe care l-am condus, cel al pușcașilor marini, nici acești veterani nu mă puteau accepta ca medic dacă nu făceam parte integrantă din grupul lor.

Aceste experiențe au fost emoționante pentru mine, dar mi-au dovedit limitele terapiei de grup atunci când i-am invitat pe participanți să vorbească despre problemele cu care se confruntau în viața lor de zi cu zi: în relația cu soția, copiii, iubita și familia; cu șeful; găsirea satisfacției la locul de muncă și consumul masiv de alcool. Reacția lor tipică a fost să dea înapoi și să îmi opună rezistență, povestind apoi din nou cum au înfipt o baionetă în inima unui soldat german din Pădurea Hurtgen sau cum a fost doborât elicopterul lor în jungla din Vietnam.

Indiferent dacă trauma s-a petrecut doar cu zece ani în urmă sau cu mai bine de 40, pacienții mei nu puteau trece peste ceea ce li s-a întâmplat în timpul războiului, pentru a face legătura cu viața lor curentă. Cumva, evenimentul care le-a produs atât de multă durere s-a transformat în singura lor sursă de semnificație. Ei nu se simțeau cu adevărat vii decât atunci când își reaminteau de trecutul lor traumatic.

DIAGNOSTICAREA STRESULUI POSTTRAUMATIC

În acele zile de la începutul carierei mele, pe când lucram la Administrația Veteranilor, obișnuiam să le punem pacienților noștri veterani tot felul de diagnostice – alcoolism, abuz de substanțe, depresie, tulburări emoționale sau chiar schizofrenie – și încercam toate tratamentele pe care le-am găsit în manualele noastre. Din păcate, cu toate eforturile noastre, nu am reușit să obținem cine știe ce realizări terapeutice. Puternicele medicamente pe care le prescriam adeseori acestor bărbați le induceau acestora o stare de confuzie atât de mare încât abia mai reușeau să funcționeze. Când îi încurajam să vorbească pe larg despre un eveniment traumatic, nu făceam decât să le reactivăm amintirile recurente, fără a-i ajuta însă să le rezolve în vreun fel. Mulți dintre ei au renunțat la tratament, întrucât nu numai că nu reușeam să îi ajutăm, dar de multe ori chiar le înrăutățeam starea de lucruri.

Un punct de cotitură s-a produs în anul 1980, când un grup de veterani din Vietnam, asistat de psihanaliștii din New York Chaim Shatan și Robert J. Lifton, a reușit să facă un lobby de succes pe lângă Asociația Psihiatrică Americană pentru crearea unui nou diagnostic: sindromul stresului posttraumatic (SSPT), care descria un grup de simptome mai mulți sau mai puțin comune pentru toți veteranii. Identificarea sistematică a simptomelor și gruparea lor într-o singură afecțiune a permis în sfârșit găsirea unui nume pentru suferința oamenilor copleșiți de ornare și de neajutorare. Odată creat cadrul conceptual al SSPT, au fost puse bazele pentru o schimbare radicală a înțelegerii noastre referitoare la pacienții pe care îi tratam. În final, acest lucru a condus la o veritabilă explozie de studii și de încercări pentru a găsi tratamente eficiente.

Inspirat de posibilitățile prezentate de acest nou diagnostic, am propus Administrației Veteranilor un studiu referitor la biologia amintirilor traumatice. Erau diferite în vreun fel amintirile suferinzilor de SSPT de cele ale altor oameni? În cazul celor mai mulți dintre oameni, amintirea unui eveniment neplăcut se estompează în timp sau este transformată într-o amintire pozitivă, dar cei mai mulți dintre pacienții noștri nu erau capabili să își considere amintirile traumatice recurente niște simple evocări ale unor vremuri demult apuse.

Propunerea mea a fost respinsă printr-un document care începea cu fraza: „Nu s-a dovedit niciodată că SSPT este relevantă pentru misiunea Administrației Veteranilor." De bună seamă, între timp misiunea AV a devenit organizată în jurul diagnosticului de SSPT și leziuni cerebrale, iar la ora actuală sunt alocate resurse considerabile aplicării de „tratamente bazate pe dovezi" veteranilor traumatizați de război. La acea vreme lucrurile stăteau însă altfel, așa că nemaidorind să lucrez într-o organizație a cărei perspectivă asupra realității era atât de depășită (din perspectiva mea), mi-am dat demisia. În anul 1982 am acceptat un post la Centrul de Sănătate Mintală din Massachusetts, spitalul afiliat facultății de medicină Harvard în care mi-am pregătit să devin psihiatru. Noua mea responsabilitate era să prescriu farmacologie, administrarea de medicamente pentru alinarea bolilor mintale.

În noua mea slujbă m-am confruntat aproape zilnic cu o sumedenie de probleme pe care crezusem că le-am lăsat în urmă după plecarea de la AV. Experiența mea legată de veteranii de război mă sensibilizase atât de tare la impactul traumelor încât am ajuns să îi ascult cu alte urechi pe pacienții deprimați sau anxioși care îmi povesteau că au fost molestați sau supuși violenței în cadrul familiei. Am rămas șocat îndeosebi de numărul mare de femei care spuneau că au fost abuzate sexual în copilărie. Mi se părea de necrezut, întrucât manualul standard de psihiatrie de la acea vreme susținea că incestul era o raritate absolută în Statele Unite, existând doar un caz la fiecare milion de femei. Dat fiind că la acea vreme nu existau în Statele Unite decât o sută de milioane de femei, m-am întrebat uimit cum se făcea că 47 din acestea (adică aproape jumătate din numărul total al cazurilor de incest din țară!) și-au găsit drum către cabinetul meu de la subsolul spitalului.

Mai departe, manualul de psihiatrie spunea: „Există puține dovezi că tabloul incestului tată-fiică ar putea fi o sursă pentru o psihopatologie ulterioară serioasă." În realitate, pacientele mele care îmi relatau poveștii de incest erau departe de a fi normale. Dimpotrivă, multe dintre ele erau profund deprimate, confuze și adesea angrenate în comportamente bizare și nocive, cum ar fi tăierea pielii cu lama de ras. În esență, manualul aproape că dădea o notă favorabilă incestului, explicând că „activitatea incestuoasă reduce șansa de psihoză a pacientei și o ajută să se adapteze mai bine la lumea exterioară". În

realitate, s-a dovedit că incestul avea efecte devastatoare asupra stării de bine a femeilor.

În multe privințe, aceste paciente nu erau cu nimic diferite de veteranii de la AV. Și ele aveau amintiri recurente și coșmaruri, alternând între izbucniri de furie explozivă și lungi perioade de inhibare emoțională totală. Multe dintre ele aveau dificultăți în a se înțelege cu ceilalți oameni și nu erau capabile să își mențină relații stabile.

Așa cum se știe, războiul nu este doar o calamitate care distruge vieți. Deși circa un sfert din soldații care participă la lupte rămân cu probleme posttraumatice grave, marea majoritate a americanilor experimentează o crimă violentă în timpul vieții, iar unele rapoarte arată că 12 milioane de femei din Statele Unite au fost victimele unui viol. Mai mult de jumătate din violuri afectează fete sub vârsta de 15 ani. Pentru foarte mulți oameni, războiul începe acasă: în fiecare an, circa trei milioane de copii din Statele Unite sunt abuzați sau neglijați. Un milion din aceste cazuri sunt suficient de grave și de credibile pentru a forța serviciile pentru protecția copilului sau tribunalele să ia măsuri. Cu alte cuvinte, pentru fiecare soldat care se luptă în străinătate există zece copii a căror viață este pusă în pericol în propriul său cămin. Aceasta este o tragedie, întrucât este foarte greu ca victimele să se mai recupereze vreodată în anii de adult atunci când sursa terorii și durerii nu a fost un inamic pe câmpul de luptă, ci propriii săi părinți.

O NOUĂ ÎNȚELEGERE

În cele trei decenii de când l-am cunoscut pe Tom, medicii au învățat foarte multe lucruri nu doar despre impactul și manifestările traumei, ci și despre modalitățile prin care pot fi ajutați oamenii traumatizați să se recupereze. Încă de la începutul anilor 90, tehnologia producerii de imagini computerizate ale creierului a început să ne arate ce se întâmplă în interiorul creierului persoanelor traumatizate. Acest lucru s-a dovedit a fi esențial pentru înțelegerea daunelor produse de traume și ne-a călăuzit către formularea unor metode terapeutice complet noi.

De asemenea, am început să înțelegem cum ne afectează experiențele copleșitoare senzațiile cele mai lăuntrice și relațiile cu realitatea fizică – adică esența identității noastre de sine. Am aflat astfel că

traumele nu reprezintă doar evenimentele care s-au petrecut în trecut, ci și amprentele rămase în urma acestora în minte, în creier și în corp. Aceste amprente continuă să producă consecințe asupra organismului uman, influențând supraviețuirea lui în momentul prezent.

Traumele conduc la o reorganizare fundamentală a manierei în care își gestionează percepțiile mintea și creierul. Ele nu schimbă numai felul în care gândim și lucrurile la care ne gândim, ci însăși capacitatea noastră de a gândi. S-a descoperit astfel că ajutarea victimelor unei traume să își găsească cuvintele pentru a descrie ceea ce li s-a întâmplat este semnificativă, dar nu și suficientă de cele mai multe ori. Relatarea unei povești nu modifică automat reacțiile fizice și hormonale ale unui corp hipervigilent, pregătit să fie agresat sau violat în orice moment. Pentru ca o schimbare reală să se poată produce, corpul trebuie să învețe că pericolul a trecut și să trăiască în realitatea momentului prezent. Încercarea noastră de a înțelege traumele ne-a condus la un mod diferit de a ne gândi nu doar la structura minții, ci și la procesele prin care se vindecă aceasta.

CAPITOLUL 2

REVOLUȚII ÎN ÎNȚELEGEREA MINȚII ȘI A CREIERULUI

Cu cât îndoiala este mai mare, cu atât mai profundă este trezirea: cu cât îndoiala este mai mică, cu atât mai minoră este trezirea. Fără îndoială nu există trezire.

— C. C. Chang, *Practica zen*

Tu trăiești în mica ta bulă temporală, dar aceasta nu reprezintă doar viața ta, ci sinteza tuturor vieților simultane cu ale tale. Tu ești o expresie a istoriei.

— Robert Penn Warren, *Lumea și timpul*

La sfârșitul anilor 60, când eram între primul și al doilea an de la facultatea de medicină, am fost martorul accidental al unei tranziții profunde care s-a produs în lumea medicală, în ceea ce privește perspectiva asupra suferinței psihice. Mi-am luat atunci o slujbă de asistent la un centru de cercetare din cadrul Centrului pentru Sănătate Mintală din Massachusetts. Sarcina mea era să reorganizez activitățile recreaționale ale pacienților. CSMM era considerat de mult timp unul dintre cele mai bune spitale psihiatrice din țară, o bijuterie a coroanei imperiului Școlii Medicale Harvard. Scopul cercetărilor făcute la departamentul meu era determinarea celei mai bune maniere de a trata tinerii care au suferit de o primă prăbușire psihică, cunoscută sub numele de schizofrenie: psihoterapia sau medicamentele?

Vindecarea prin discuții, o ramură a psihanalizei freudiene, continua să fie la acea vreme principala metodă de tratament pentru bolile mintale la CSMM. Cu toate acestea, pe la începutul anilor 50,

un grup de oameni de știință francezi a descoperit o substanță chimică nouă: clorpromazina (vândută sub numele de brand: Thorazine), care îi putea „liniști" pe pacienți, făcându-i mai puțin agitați și supuși amăgirii. Acest lucru a trezit speranța că puteau fi create medicamente pentru tratarea problemelor psihice grave precum depresia, atacul de panică, anxietatea și mania, precum și pentru gestionarea celor mai neplăcute simptome ale schizofreniei.

Fiind un simplu asistent, nu eram implicat direct în activitatea de cercetare, așa că nu mi s-a spus niciodată ce tratament primea un pacient sau altul. Toți erau apropiați de vârsta mea, fiind studenți la Harvard, la MIT sau la Universitatea din Boston. Unii încercaseră să se sinucidă, alții se tăiau cu cuțitele sau cu lama de ras, iar câțiva și-au atacat colegii de dormitor sau și-au terorizat părinții ori prietenii prin comportamentul lor irațional și imprevizibil. Sarcina mea era să îi mențin integrați în activități normale pentru un student, cum ar fi mesele la pizzeria locală, excursiile în parcul național din apropiere, participarea la meciurile echipei Red Sox și navigatul pe râul Charles.

Fiind ceva nou pentru mine, participam fascinat la ședințele de terapie ale pacienților cu medicii lor, încercând să descifrez discursul și logica extrem de complicate ale celor dintâi. De asemenea, trebuia să învăț să mă descurc cu izbucnirile lor iraționale și cu interiorizările lor bruște, bazate pe teroare. Într-o dimineață, am găsit o pacientă stând ca o statuie în dormitorul ei, cu un braț ridicat într-o poziție defensivă și cu fața încremenită de teamă. Ea a rămas astfel, complet imobilă, timp de cel puțin 12 ore. Doctorii mi-au spus numele bolii sale: catatonie, dar niciunul din manualele pe care le-am consultat nu oferea vreo soluție pentru aceasta. Trebuia pur și simplu să o lăsăm să își urmeze cursul.

TRAUMA DE DINAINTE DE ZORII ZILEI

Mi-am petrecut multe nopți și weekenduri la clinică, aflând astfel lucruri pe care medicii nu le vedeau niciodată, în timpul vizitelor lor foarte scurte. Atunci când nu puteau dormi, pacienții veneau adesea, în halatele lor strânse pe corp, la salonul infirmierilor, pentru a discuta. Liniștea nopții părea să îi ajute să se deschidă, așa că mulți dintre ei mi-au povestit că au fost bătuți, agresați sau molestați în copilărie, adesea de propriii lor părinți, alteori de rude, de colegii de clasă

sau de vecini. Mi-au relatat cum stăteau noaptea în pat, simțindu-se neajutorați și îngroziți, ascultând cum mama lor era bătută de tată sau de un iubit, cum părinții lor se certau, amenințându-se reciproc în maniera cea mai oribilă, sau ascultând zgomotele produse de mobila ruptă. Alții mi-au povestit de frații lor care veneau acasă beți, așteptând terifiați ca aceștia să vină și să îi dea jos din pat pentru a-i pedepsi pentru vreo greșeală imaginară. Mai multe femei mi-au relatat cum stăteau nemișcate în pat, așteptând inevitabilul: ca tatăl sau fratele lor să vină și să le violeze.

În timpul schimburilor de dimineață, tinerii medici își prezentau cazurile superiorilor lor, un ritual la care asistenții aveau permisiunea să îl observe în tăcere. Foarte puțini dintre medici relatau însă poveștile pe care le auzisem eu. Peste ani, numeroase studii au confirmat însă relevanța confesiunilor pe care le-am ascultat în acele nopți albe. La ora actuală se știe că mai bine de jumătate din oamenii care apelează la ajutor psihiatric au fost agresați, abandonați, neglijați sau chiar violați când erau copii, ori au asistat la acte de violență în familiile lor. Astfel de experiențe nu erau însă relatate la acea vreme în timpul vizitelor medicilor. Eram adeseori surprins de detașarea cu care discutau medicii despre simptomele pacienților lor și despre timpul pierdut în încercarea de a le gestiona gândurile de sinucidere și comportamentele autodistructive, în loc să încerce să înțeleagă cauzele posibile ale disperării și neajutorării pacienților lor. De asemenea, mă șocat puțina atenție care era acordată de medici realizărilor și aspirațiilor pacienților lor; persoanelor pe care le iubeau sau le urau; factorilor care îi motivau, îi inhibau sau îi făceau să se simtă împăcați, adică ecologiei vieții acestora.

Peste câțiva ani, când am devenit eu însumi un doctor tânăr, m-am confruntat cu un exemplu izbitor de model medical în acțiune. La acea vreme, lucram la un spital catolic, făcând examinări fizice femeilor internate pentru a primi un tratament cu electroșocuri pentru depresie. Fiind un spirit curios, la fel ca foarte mulți imigranți în această țară, obișnuiam să le întreb pe paciente ce fel de viață au avut. Multe dintre ele mi-au relatat istorii referitoare la căsnicii dureroase, la copii dificili și la vinovăția provocată de avorturi. După ce îmi povesteau istoria vieții lor, se luminau adeseori la față și îmi mulțumeau cu efuziune pentru că le-am ascultat. Unele se întrebau chiar dacă mai aveau nevoie de electroșocuri, întrucât se eliberaseră de o

mare povară. Mă simțeam întotdeauna întristat la sfârșitul acestor ședințe, conștient că tratamentele care aveau să le fie administrate în dimineața care urma aveau să șteargă orice amintire a discuției noastre. Nu am rezistat prea mult în acea slujbă.

În zilele mele libere, pe când lucram la CSMM, mă duceam adeseori la Biblioteca de Medicină pentru a afla mai multe despre pacienții pe care se presupunea că trebuia să îi ajut. Într-o după-amiază de sâmbătă am găsit un tratat care continuă să fie extrem de prețuit inclusiv în zilele noastre: manualul *Dementia Praecox*, scris de Eugen Bleuler în anul 1911. Observațiile lui Bleuler mi s-au părut fascinante:

> Dintre halucinațiile schizofrenicilor, cele sexuale sunt de departe cele mai frecvente și mai importante. Toate bucuriile și stările orgasmice specifice satisfacției sexuale normale și anormale sunt experimentate de acești pacienți, dar cel mai adesea acestea sunt cauzate de cele mai obscene și mai dezgustătoare fantezii posibile. Pacienții de sex masculin ejaculează și își stimulează erecții dureroase. Pacientele de sex feminin sunt violate și rănite în manierele cele mai diabolice imaginabile... În pofida semnificației simbolice ale multora din aceste halucinații, marea majoritate corespund senzațiilor reale.

Aceste informații m-au făcut să îmi pun întrebări. Pacienții noștri aveau halucinații, iar doctorii îi puneau să le povestească, considerându-le indicii ale gradului de nălucire al pacienților. Dacă ceea ce îmi povesteau acești pacienți la ore târzii din noapte era însă real, ar fi putut fi aceste „halucinații" amintiri fragmentate ale unor experiențe reale? Erau halucinațiile simple invenții ale unui creier bolnav? Ar fi putut inventa oamenii senzații fizice pe care nu le-au experimentat niciodată? Unde era granița dintre creativitate și imaginație patologică? Dar cea dintre memorie și imaginație? Aceste întrebări au rămas fără răspuns până în zilele noastre, dar cercetările au arătat că oamenii care au fost abuzați când erau copii simt adeseori senzații (cum ar fi durerile abdominale) care nu au nicio cauză fizică aparentă. Ei aud voci care îi avertizează de pericole sau care îi acuză de cele mai hidoase crime.

Foarte mulți dintre pacienții internați în clinică erau într-adevăr angrenați în comportamente violente, bizare și autodistructive, îndeosebi atunci când se simțeau frustrați sau neînțeleși. Ei făceau crize de furie, aruncau farfuriile, spărgeau ferestrele și se tăiau cu cioburi de sticlă. La acea vreme nu îmi puteam imagina ce anume ar putea determina pe cineva să reacționeze printr-o criză de furie sau prin tăiere la o simplă cerere (de gen: „Lasă-mă să îți curăț murdăria din păr"). De cele mai multe ori, le ascultam pe asistentele mai experimentate, care îmi semnalau când trebuia să dau înapoi, iar dacă acest lucru nu funcționa, să izolez un pacient. Am rămas surprins și alarmat de satisfacția pe care o simțeam uneori după ce mă luptam cu un pacient pentru a-l ține la sol în timp ce un asistent îi făcea o injecție. Încetul cu încetul, mi-am dat seama cât de mult suntem condiționați noi prin educația noastră profesională să ne păstrăm cu orice chip controlul în fața realităților terifiante și confuze.

Sylvia era o studentă superbă la Universitatea din Boston, în vârstă de 19 ani. Ea stătea de obicei într-un colț al salonului, părând speriată de moarte și fiind practic mută, deși reputația de iubită a unui important mafiot din Boston îi dădea o aură de mister. După ce a refuzat să mănânce timp de mai bine de o săptămână și a început să slăbească rapid, medicii au decis să o hrănească cu forța. A fost nevoie să o țină trei infirmieri, un altul să îi împingă pe gât tubul de cauciuc și un al cincilea să îi toarne în stomac lichidul nutrițional. Mai târziu, în timpul unei confesiuni de la miezul nopții, Sylvia mi-a vorbit cu timiditate și extrem de ezitantă despre abuzurile sexuale comise în copilăria ei de fratele și de unchiul său. Cu această ocazie, mi-am dat seama că „grija" noastră față de ea trebuie să i se fi părut un fel de viol în grup. Această experiență și multe altele la fel ca ea m-au ajutat să formulez următoarea regulă pentru studenții mei: dacă îi faci unui pacient ceva ce nu i-ai face unui prieten sau copilului tău, întreabă-te dacă nu cumva reiterezi trauma pe care a suferit-o acesta în trecut.

În rolul meu de lider al activităților recreaționale am observat și alte lucruri: atunci când participau la un grup, pacienții erau uimitor de stângaci și de necoordonați din punct de vedere fizic. Atunci când făceam drumeții, cei mai mulți dintre ei stăteau neajutorați în timp ce eu ridicam corturile. Odată, pe când ne plimbam cu barca pe râul Charles, aproape că ne-am răsturnat din cauză că membrii grupului nu și-au dat seama că trebuie să își schimbe poziția pentru

a echilibra barca. La meciurile de volei, membrii personalului erau invariabil mult mai bine coordonați decât pacienții. O altă caracteristică comună era aceea că chiar și cele mai relaxate conversații ale lor păreau rigide, lipsindu-le fluxul natural al gesturilor și al expresiilor faciale specifice între prieteni. Relevanța acestor observații nu mi-a devenit evidentă decât după ce i-am cunoscut pe terapeuții fizici Peter Levine și Pat Ogden. În capitolele care vor urma voi explica pe larg cum este păstrată amintirea traumei de corpul victimei.

EXPLICAREA SUFERINȚEI

După anul pe care l-am petrecut în clinica de cercetare m-am întors la facultate, iar mai târziu, după ce am devenit medic, am revenit la SCMM pentru a mă pregăti ca psihiatru, fiind fericit că am fost acceptat în cadrul acestui program. Mulți psihiatri faimoși s-au pregătit aici, inclusiv Eric Kandel, care a câștigat peste ani Premiul Nobel pentru Fiziologie și Medicină. Allan Hobson a descoperit celulele cerebrale responsabile pentru generarea de vise într-un laborator de la subsolul spitalului, exact în perioada în care eu mă pregăteam aici, iar primele studii referitoare la fundamentul chimic al depresiei au fost realizate de asemenea la SCMM. Marea atracție pentru majoritatea medicilor rezidenți erau însă pacienții spitalului. Petreceam în fiecare zi câte șase ore alături de aceștia, după care ne întâlneam cu psihiatrii seniori ai spitalului pentru a le împărtăși observațiile noastre și pentru a le pune întrebări, concurând între noi și încercând să facem cele mai inteligente observații.

Marele nostru mentor și profesor, Elvin Semrad, ne-a descurajat în mod activ să citim manuale de psihiatrie în primul nostru an. (Această dietă de înfometare intelectuală ar putea explica de ce marea majoritate dintre noi am devenit mai târziu cititori vorace și autori prolifici.) Semrad nu dorea ca percepțiile noastre asupra realității să fie distorsionate de pseudo-certitudinile diagnosticelor psihiatrice. Odată, l-am întrebat: „Cum ați numi acest pacient: un schizofrenic sau un schizoafectiv?" A făcut o pauză și și-a mângâiat bărbia, ca și cum s-ar fi gândit profund. În cele din urmă mi-a răspuns: „Cred că l-aș numi Michael McIntyre."

Semrad ne-a învățat că aproape întreaga suferință umană este asociată cu iubirea și cu pierderea, iar sarcina psihoterapeuților este

de a-i ajuta pe oameni „să recunoască, să experimenteze și să suporte" realitatea vieții, deopotrivă cu plăcerile și suferințele sale. „Cele mai mari surse de suferință sunt minciunile pe care ni le spunem singuri", ne spunea el, invitându-ne să fim oneşti cu noi înşine în legătură cu toate aspectele experienței noastre. Adăuga adeseori că oamenii nu se pot face bine dacă nu știu ceea ce știu și dacă nu simt ceea ce simt.

Îmi amintesc că am rămas surprins să îl aud pe acest distins profesor în vârstă de la Harvard mărturisindu-ne cât de liniștit se simțea atunci când simțea fundul soției sale lipit de al său în timp ce dormea lângă ea noaptea. Prin recunoașterea unei astfel de nevoi umane simple, el ne-a ajutat să înțelegem mai bine cât de importante sunt acestea în viața noastră. Incapacitatea de a ni le satisface conduce automat la o existență ciuntită, indiferent cât de elevate sunt gândurile și realizările noastre lumești. Vindecarea, ne spunea el, depinde de cunoașterea noastră experimentală: omul nu își poate gestiona cu adevărat viața decât dacă recunoaște realitatea corpului său, în toate dimensiunile viscerale ale acesteia.

Din păcate, profesia noastră evolua într-o direcție complet diferită. În anul 1968, revista *American Journal of Psychiatry* a publicat rezultatele studiului realizat de clinica noastră, eu fiind asistent pe atunci. Acestea au arătat dincolo de orice îndoială că pacienții schizofrenici care primeau exclusiv medicamente obțineau rezultate mai bune decât cei care discutau de trei ori pe săptămână cu cei mai buni psihoterapeuți din Boston. Acest studiu s-a dovedit a fi o piatră de temelie pentru o cale nouă, care avea să schimbe treptat maniera de abordare a problemelor psihologice de către medicină și de către psihiatrie: de la expresiile infinit variabile ale unor sentimente și relații intolerabile către un model al bolii creierului bazat pe „afecțiuni" discontinue.

Maniera în care abordează medicina suferința umană a fost determinată dintotdeauna de tehnologia disponibilă la data respectivă. Înainte de Iluminism, comportamentul aberant le era atribuit lui Dumnezeu, păcatelor, magiei, vrăjitoarelor și spiritelor necurate. Abia în secolul XIX au început oamenii de știință din Franța și din Germania să investigheze comportamentul pornind de la premisa că acesta reprezintă o adaptare la complexitatea acestei lumi. A apărut astfel o nouă paradigmă: mânia, pasiunea, mândria, lăcomia, avariția și lenea, precum și toate celelalte probleme pe care oamenii s-au străduit dintotdeauna să le gestioneze, au început să fie considerate

„afecțiuni" care pot fi vindecate prin administrarea medicamentelor adecvate. Numeroși psihiatri s-au simțit ușurați și încântați să devină „oameni de știință adevărați", asemeni colegilor lor de la facultatea de medicină care aveau la dispoziție laboratoare, făceau experimente pe animale, dispuneau de echipamente scumpe și aplicau teste diagnostice complicate, uitând de teoriile confuze ale unor filozofi precum Freud și Jung. Un manual important de psihiatrie a mers până acolo încât a declarat: „Cauza bolii psihice este considerată la ora actuală un dezechilibru chimic din interiorul creierului."

Ca și colegii mei, am acceptat și eu din toată inima revoluția farmacologică. În anul 1973 am devenit primul rezident-șef în psihofarmacologie de la SCMM. De asemenea, este posibil să fi fost primul psihiatru din Boston care i-a administrat litiu unui pacient maniaco-depresiv. (Citisem despre cercetările legate de litiu ale lui John Cade din Australia și am primit permisiunea conducerii spitalului de a-l utiliza.) În urma administrării de litiu, o femeie care a fost maniacă în fiecare lună mai și a suferit de o depresie suicidală în fiecare lună noiembrie din ultimii 35 de ani a reușit să iasă din acest ciclu și să rămână stabilă în cei trei ani cât s-a aflat în îngrijirea mea. De asemenea, am făcut parte din primu echipă de cercetători din Statele Unite care a testat antipsihoticul Clorazil pe pacienții cronici găzduiți de ani de zile în azilele de nebuni. Unii dintre aceștia au reacționat de-a dreptul miraculos. Oameni care și-au petrecut întreaga viață blocați în realitatea lor separată și înspăimântătoare s-au putut întoarce acum la familia și la comunitatea lor. Pacienți scufundați în întuneric și ancorați în disperare au început să reacționeze în fața frumuseții contactului interuman și a plăcerilor muncii și distracției. Aceste rezultate uluitoare ne-au făcut pe toți extrem de optimiști, fiind convinși că mai devreme sau mai târziu vom reuși să învingem complet suferința umană.

Medicamentele antipsihotice au fost unul din factorii majori care au redus numărul de oameni internați în spitalele psihiatrice din Statele Unite de la peste 500.000 în anul 1955 la mai puțin de 100.000 în 1996. Pentru oamenii din zilele noastre care nu au cunoscut lumea de dinainte de descoperirea acestor tratamente, schimbarea pare de neimaginat. În primul meu an de studiu la facultatea de medicină am vizitat Spitalul de Stat din Kankakee, Illinois, și am văzut un infirmier vânjos care ținea la respect cu furtunul de apă zeci

de pacienți murdari, goi și incoerenți înghesuiți într-un salon gol, echipat doar cu o gură de apă. La ora actuală, această amintire mi se pare mai degrabă un coșmar decât o scenă reală la care am asistat cândva. Prima mea slujbă de după ce mi-am încheiat rezidențiatul în anul 1974 a fost de director adjunct al unei instituții cândva venerabile: Spitalul de Stat din Boston, care a găzduit în trecut mii de pacienți, fiind întins pe o suprafață de sute de acri și având zeci de clădiri, inclusiv sere, grădini și ateliere, multe dintre ele aflate în ruină la data numirii mele. Cât timp am lucrat aici, pacienții au fost trimiși unul câte unul „la comun", expresie vagă care făcea referire la diferite adăposturi și aziluri anonime, în care cei mai mulți dintre ei și-au sfârșit zilele. (Ironia face ca spitalul însuși să fi început cândva ca un „azil", cuvânt care înseamnă de fapt „sanctuar", dar care a căpătat în timp o conotație mult mai sinistră. În acele vremuri, el oferea într-adevăr un adăpost comun în care toată lumea cunoștea numele și idiosincraziile pacienților.) În anul 1979, la scurt timp după ce am plecat să lucrez la AV, Spitalul de Stat din Boston a fost închis definitiv, devenind un „oraș-fantomă".

În perioada în care am fost angajat la Boston State am continuat să lucrez în cadrul laboratorului de psihofarmacologie al SCMM, care se focaliza acum asupra unei noi direcții de cercetare. Prin anii 60, oamenii de știință de la Institutele Naționale pentru Sănătate începuseră să creeze tehnici de izolare și măsurare a hormonilor și neurotransmițătorilor din sânge și din creier. Neurotransmițătorii sunt mesageri chimici care transmit informații între neuroni, permițându-ne să interacționăm într-o manieră eficientă cu lumea exterioară.

După ce oamenii de știință au descoperit dovezi că nivelele anormale de norepinefrină sunt asociate cu depresia, iar cele de dopamină cu schizofrenia, a apărut speranța că am putea crea niște medicamente care să aibă drept țintă diferite dezechilibre specifice ale creierului. Această speranță nu a fost îndeplinită niciodată în totalitate, dar eforturile noastre de a măsura în ce fel influențează medicamentele simptomele psihice au condus totuși la o altă schimbare extrem de profundă în profesia noastră. Nevoia cercetătorilor de a-și comunica într-o manieră cât mai precisă și mai sistematică descoperirile a condus la apariția așa-numitelor Criterii Științifice de Diagnosticare, la care am contribuit și eu, în umila mea calitate de cercetător asistent.

În timp, acestea au devenit fundamentul primului sistem clar de diagnosticare a problemelor psihiatrice, pe care Asociația Psihiatrică Americană l-a numit *Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale* (DSM), considerat la ora actuală „biblia psihiatriei". Cuvântul înainte la manualul DSM-III din anul 1980 a fost relativ modest, recunoscând că acest sistem de diagnosticare este imprecis, nefiind recomandată folosirea lui în scopuri de medicină legală sau pentru asigurări. Așa cum vom vedea însă, această modestie a fost de scurtă durată, fapt care a avut urmări tragice.

ȘOCUL DE CARE NU POȚI SCĂPA

Preocupat de atâtea chestiuni legate de stresul traumatic care au rămas fără răspuns, m-am întrebat în ce măsură ar putea oferi soluții noul domeniu al neuroștiinței și am început să particip la întrunirile Colegiului American de Neuropsihofarmacologie (ACNP). În anul 1984, ACNP a prezentat numeroase conferințe fascinante referitoare la dezvoltarea medicamentelor, dar abia cu câteva ore înaintea zborului meu programat către Boston am auzit de o prezentare făcută de Steven Maier de la Universitatea din Colorado, care a colaborat cu Martin Seligman de la Universitatea din Pennsylvania. Subiectul prezentării era neajutorarea indusă animalelor. Maier și Seligman au administrat în mod repetat șocuri electrice dureroase unor câini captivi în niște cuști inculate. Ei au numit această condiție „șocul de care nu poți scăpa". Fiind un mare iubitor de câini, mi-am dat imediat seama că eu unul nu aș fi putut face niciodată o astfel de cercetare, dar eram totuși curios să aflu în ce fel le afecta pe animale acest act de cruzime.

După ce le-au administrat câinilor mai multe seturi de șocuri electrice, cercetătorii au deschis ușile cuștilor, iar apoi le-au aplicat din nou șocuri animalelor. Un grup de câini de control care nu au fost șocați anterior au fugit imediat, dar câinii care au fost supuși anterior șocurilor de care nu puteau scăpa nu au avut nicio tentativă de a fugi, chiar dacă ușa cuștii lor era larg deschisă. Ei au rămas pur și simplu în cușcă, tremurând și eliminând fecale. Simpla prezentare a oportunității de eliberare nu este suficientă pentru ca animalele (sau oamenii) să aleagă calea către libertate. La fel ca animalele lui Maier și Seligman, foarte mulți oameni traumatizați renunță pur și simplu

ai mai încerce să se elibereze. Decât să riște să experimenteze noile opțiuni, ei preferă să rămână captivi în teama pe care o cunosc deja.

Relatarea lui Maier m-a fascinat. Ceea ce le-au făcut cei doi cercetători acestor câini era exact ceea ce li se întâmplase pacienților mei umani traumatizați. Și aceștia au fost expuși unor circumstanțe care i-au rănit teribil, făcându-i să creadă că nu mai avea nicio cale de scăpare. Mi-am reamintit rapid de toți pacienții pe care i-am tratat. Aproape toți erau captivi sau imobilizați într-un fel sau altul, fiind incapabili să facă ceva pentru a evita inevitabilul. Reacția lor de tip „luptă sau fugi" era complet inhibată, rezultatul fiind o agitație extremă sau colapsul.

Maier și Seligman au descoperit de asemenea că animalele traumatizate secretau cantități mult mai mari de hormoni ai stresului prin comparație cu cele normale. Acest lucru confirma informațiile care începuseră să apară în legătură cu baza biologică a stresului traumatic. Un grup de cercetători tineri, printre care se numărau Steve Southwick și John Crystal de la Yale, Arieh Shalev de la Școala Medicală Hadassah din Ierusalim, Frank Putnam de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală (NIMH) și Roger Pitman, care a ajuns mai târziu la Harvard, au descoperit că oamenii traumatizați continuau să secrete cantități uriașe de hormoni ai stresului mult timp după ce pericolul propriu-zis a trecut, iar Rachel Yehuda de la Mount Sinai din New York și-a prezentat descoperirile sale aparent paradoxale potrivit cărora nivelul hormonului stresului numit cortizol este foarte scăzut în cazul SSPT. Descoperirea ei nu a început să capete sens decât atunci când cercetările au arătat că cortizolul pune capăt secreției de hormoni ai stresului prin transmiterea unui semnal care îi spune organismului că totul este în siguranță, în timp ce în cazul SSPT hormonii stresului nu revin la normal după trecerea amenințării.

La modul ideal, sistemul hormonilor stresului ar trebui să ne asigure o reacție extrem de rapidă în fața unei amenințări, iar apoi să revină la fel de rapid la starea de echilibru. În cazul pacienților SSPT, sistemul hormonilor stresului nu mai reușește să revină însă la starea de echilibru. Semnalele de tip „luptă, fugi sau încremenește" continuă inclusiv după dispariția pericolului, fără să mai revină la normal, așa cum s-a întâmplat în cazul câinilor". Secreția continuă a hormonilor stresului este exprimată printr-o stare de agitație și de panică, iar pe termen lung provoacă un veritabil haos asupra stării de sănătate.

În acea zi am pierdut avionul, întrucât îmi doream să discut neapărat cu Steve Maier. Seminarul lui mi-a oferit nu doar indicii referitoare la problemele pacienților mei, ci și potențiale soluții pentru rezolvarea lor. Spre exemplu, el și Seligman au descoperit că singura modalitate de a-i învăța pe câinii traumatizați să iasă din cușcă atunci când ușa acesteia era deschisă, pentru a scăpa de șocurile electrice, era să îi tragi în mod repetat afară, astfel încât să experimenteze fizic faptul că se puteau elibera. M-am întrebat imediat în ce fel i-aș putea ajuta pe pacienții mei să se elibereze de convingerea fundamentală că nu mai puteau face nimic pentru a se apăra. Puteau trăi ei experiențe *fizice* capabile să le restabilească simțul visceral al controlului, de pildă să scape de o potențială amenințare, similară traumei în care au devenit captivi și imobilizați? Așa cum vom vedea atunci când vom discuta despre tratamente în partea a cincea a cărții de față, aceasta a fost una din principalele concluzii la care am ajuns în cele din urmă.

Alte studii efectuate pe animale, inclusiv pe șoareci, șobolani, pisici, maimuțe și elefanți, au condus la noi date interesante. Spre exemplu, atunci când cercetătorii au creat un sunet puternic și deranjant, șoarecii crescuți într-un cuib primitor, cu foarte multă mâncare la dispoziție, s-au refugiat imediat în acesta. Pe de altă parte, un alt grup, crescut într-un cuib zgomotos cu foarte puțină hrană, s-a grăbit la rândul lui să se întoarcă în acesta, chiar dacă au petrecut o vreme într-un mediu mult mai plăcut.

Animalele speriate au tendința de a se întoarce acasă, indiferent dacă acest cămin este unul în care se simt în siguranță sau li se pare înspăimântător. M-am gândit și de această dată la pacienții mei cu familii abuzive, care tindeau să se întoarcă acasă pentru a fi răniți din nou. Sunt oare oamenii traumatizați condamnați să își caute refugiul în ceea ce le este familiar? Dacă da, de ce, și în ce fel pot fi ei ajutați să se atașeze de alte locuri și activități, care li se par sigure și plăcute?

DEPENDENȚA DE TRAUMĂ: DUREREA PLĂCERII ȘI PLĂCEREA DURERII

Unul din lucrurile care ne-a izbit pe mine și pe colegul meu Mark Greenberg atunci când am condus grupuri de terapie pentru veteranii Războiului din Vietnam a fost faptul că în pofida sentimentelor lor de oroare și de durere sufletească, foarte mulți dintre

ei nu păreau să prindă viață decât atunci când vorbeau despre prăbușirea elicopterului lor și despre moartea camarazilor lor de luptă. Fostul corespondent al ziarului *New York Times*, Chris Hedges, care a fost trimis pe teren, relatând despre mai multe conflicte brutale, a intitulat cartea pe care a scris-o *Războiul este o forță care ne dă sens*.) Numeroși oameni traumatizați par să caute experiențele pe care marea majoritate a oamenilor le-ar respinge, iar pacienții se plâng de o senzație de gol interior și de plictiseală atunci când nu sunt furioși sau nu sunt implicați într-o activitate periculoasă.

Am avut o pacientă pe nume Julia, care a fost violată cu brutalitate într-o cameră de hotel, la vârsta de 16 ani, sub amenințarea cu arma. La scurt timp, ea s-a atașat de un pește violent, care a pus-o să se prostitueze, bătând-o în mod regulat. Julia a făcut de nenumărate ori închisoare pentru acte de prostituție, dar s-a întors de fiecare dată la peștele ei. În cele din urmă, bunicii ei au intervenit și i-au plătit un program intensiv de reabilitare. După ce a încheiat cu succes programul, Julia a început să lucreze ca recepționeră și să facă cursuri la un colegiu local. La cursul de sociologie, ea a scris o lucrare despre posibilitatea de eliberare de prostituție, pentru care a citit memoriile mai multor prostituate faimoase. Încetul cu încetul, Julia a renunțat mai la cursuri. A avut o relație scurtă cu un coleg, declarând că acesta a plictisit-o până la lacrimi și că boxerii lui o umpleau de scârbă. A agățat apoi un dependent de droguri într-o stație de metrou, care a bătut-o, iar apoi a început să o urmărească. După ce a fost bătută din nou cu sălbăticie, a fost de acord să reia programul de tratament.

Freud a avut o expresie pentru aceste reiterări traumatice: „obsesia repetării experienței". El și mulți dintre adepții săi credeau că reiterările reprezintă o încercare subconștientă de a prelua controlul asupra unei situații dureroase, conducând în final la acesta. Nu există însă dovezi care să susțină această teorie: repetiția nu face decât să reitereze durerea și ura de sine. Adevărul este că chiar și reiterarea traumei în cadrul psihoterapiei poate amplifica fixația obsesivă.

Împreună cu Mark Greenberg, am decis să aflăm mai multe despre atractori, adică despre lucrurile care ne atrag, ne motivează și ne fac să ne simțim mai vii. În mod normal, atractorii sunt meniți să ne facă să ne simțim mai bine. În acest caz, de ce sunt atrași atât de mulți oameni de situațiile periculoase sau dureroase? În cele din urmă, am găsit un studiu care explica în ce fel activitățile care cauzează teamă

sau durere pot deveni mai târziu experienţe atrăgătoare. Prin anii 70, Richard Solomon de la Universitatea din Pennsylvania a descoperit că organismul învaţă să se adapteze la tot felul de stimuli. Noi devenim adeseori dependenţi de drogurile recreaţionale deoarece acestea ne fac să ne simţim mai bine pe moment, în timp ce alte activităţi, precum sauna, pregătirea pentru un maraton sau saltul cu parașuta pot deveni în cele din urmă extrem de plăcute, chiar dacă iniţial ne fac să simţim o stare de teroare şi de disconfort. Această adaptare graduală semnalează crearea unui nou echilibru chimic în interiorul corpului, care îi face pe alergătorii la maraton (să zicem) să simtă o stare de bine şi de exuberanţă atunci când îşi împing corpul la limită.

În acest moment, la fel ca în cazul dependenţei de droguri, noi începem să tânjim după activitatea respectivă şi experimentăm o stare de sevraj dacă nu putem face acest lucru. Pe termen lung, oamenii devin mai preocupaţi de durerea cauzată de sevraj decât de activitatea propriu-zisă. Acest lucru poate explica de ce există oameni care angajează pe altcineva ca să îi bată, de ce se ard singuri cu ţigara sau de ce sunt atraşi de persoane care îi rănesc. Teama şi aversiunea pot fi transformate în plăcere, într-o manieră perversă.

Solomon a emis ipoteza că endorfinele – acele substanţe chimice asemănătoare morfinei pe care le secretă creierul ca reacţie la stres – joacă un anumit rol în dependenţele paradoxale pe care le-a descris. Mi-am reamintit de această teorie atunci când am descoperit la bibliotecă o lucrare intitulată „Durerea la bărbaţii răniţi în luptă", publicată în anul 1946. După ce a observat că 75% din soldaţii grav răniţi pe frontul italian nu îi solicitau morfină, un chirurg pe nume Henry K. Beecher a emis speculaţia că „emoţiile foarte puternice pot bloca durerea".

Erau oare observaţiile lui Beecher relevante pentru oamenii cu SSPT? Ca să răspundem la această întrebare, eu, Mark Greenberg, Roger Pitman şi Scott Orr am decis să întrebăm opt veterani ai Războiului din Vietnam dacă ar fi dispuşi să accepte un test standard pentru durere în timp ce priveau scene din diferite filme. Primul clip video pe care l-am proiectat a fost din filmul lui Oliver Stone, *Platoon* (1986), în care sunt prezentate scene de violenţă extrem de explicite. În timp ce filmul rula, am măsurat cât timp îşi pot ţine veteranii mâna dreaptă într-un vas cu apă cu gheaţă. Am repetat apoi procesul în timpul unei scene dintr-un film paşnic (şi de mult uitat). Şapte

din cei opt veterani și-au ținut mâna în apa dureros de rece cu 30% mai mult cât timp au privit *Platoon*. Am calculat apoi că analgezicele produse în timpul urmăririi a 15 minute dintr-un film de război echivalează cu cele produse de o persoană căreia i se injectează 8 mg de morfină, doza pe care ar primi-o la spitalul de urgență un pacient care se prezintă cu dureri masive în zona pieptului.

Cu această ocazie, am tras concluzia că speculația lui Beecher potrivit căreia „emoțiile puternice pot bloca durerea" este adevărată, datorându-se substanțelor de tip morfină produse de creier. Acest lucru ne-a sugerat că în cazul foarte multor oameni traumatizați, reexpunerea la stres le poate furniza o alinare similară a anxietății de care suferă. Experimentul a fost interesant, dar nu a reușit să explice pe deplin de ce s-a întors de atâtea ori Julia la peștele ei violent.

ALINAREA CREIERULUI

Întrunirea din anul 1985 a ACNP s-a dovedit a fi chiar mai stimulativă (dacă era posibil) decât cea din anul anterior. Profesorul Jeffrey Gray de la Colegiul Kings a ținut o prelegere despre amigdală, un cluster de celule cerebrale care determină în ce măsură sunt percepute ca o amenințare un sunet, o imagine sau o senzație corporală. Ideile lui Gray au arătat că sensibilitatea amigdalei depinde – cel puțin parțial – de cantitatea de serotonină (un neurotransmițător) din această parte a creierului. Animalele cu un nivel redus de serotonină s-au dovedit hiperreactive la stimulii stresanți (cum ar fi sunetele puternice), în timp ce nivelul foarte ridicat de serotonină le-a inhibat mecanismul fricii, făcându-le mai puțin predispuse să devină agresive sau să încremenească în fața unei potențiale amenințări.

Această descoperire mi s-a părut extrem de importantă, întrucât pacienții mei reacționau întotdeauna excesiv în fața unor provocări minore și se simțeau devastați la cea mai mică respingere. Rolul posibil al serotoninei în cazul SSPT a început să mă fascineze. Alți cercetători au arătat că maimuțele mascul dominante au un nivel mult mai ridicat de serotonină în creier decât animalele de rang inferior, dar acest nivel scade atunci când sunt împiedicate să mențină un contact ocular cu maimuțele pe care le-au dominat cândva. La antipod, maimuțele de rang inferior care au primit suplimente cu serotonină au ieșit în evidență în cadrul grupului, preluând conducerea.

Mediul social interacționează cu chimia creierului. Manipularea unei maimuțe aflate într-o poziție inferioară în ierarhia dominării îi reduce imediat nivelul serotoninei din creier, în timp ce amplificarea prin suplimente a acestui nivel echivalează cu o ridicare în grad a foștilor subordonați.

Implicațiile acestei descoperiri pentru oamenii traumatizați sunt evidente. La fel ca animalele cu un nivel redus de serotonină ale lui Gray, capacitatea acestora de a se integra în plan social este compromisă. Concluzia a fost că dacă am putea descoperi o modalitate de a le determina creierul să producă mai multă serotonină, am putea (poate) rezolva simultan ambele probleme. La aceeași întrunire din anul 1985 am aflat că marile companii de medicamente dezvoltau două produse noi exact cu acest scop, dar întrucât niciunul nu era încă disponibil pe piață, am făcut câteva experimente cu suplimentul L-triptofan, un precursor chimic al serotoninei. (Rezultatele au fost dezamăgitoare.) Unul din medicamentele aflate în curs de investigație în acea perioadă nu a reușit să ajungă pe piață, dar celălalt a fost fluoxetina, care a devenit unul dintre cele mai de succes medicamente psihoactive create vreodată, sub numele de Prozac.

În data de luni, 8 februarie 1988, compania Eli Lilly a început să comercializeze medicamentul Prozac. Prima pacientă pe care am consultat-o în acea zi a fost o tânără cu un istoric îngrozitor de abuz în copilărie, care se lupta acum cu o bulimie gravă. Practic, își petrecea cea mai mare parte din viață mâncând excesiv, și apoi vomând. I-am dat imediat o rețetă pentru acest medicament nou, iar când s-a întors pentru o nouă consultație în ziua de joi, mi-a spus: „Am avut o viață extrem de diferită în ultimele zile. Am mâncat numai atunci când îmi era foame, iar în restul timpului mi-am făcute temele pentru școală." A fost una dintre cele mai dramatice schimbări la care am asistat în cabinetul meu.

În vinerea aceleași săptămâni, am consultat o altă pacientă, căreia îi dădusem o rețetă pentru Prozac în luna dinainte. Aceasta era mama deprimată cronic a doi copii de vârstă școlară, fiind obsedată de eșecurile ei ca mamă și ca soție, și copleșită de pretențiile părinților ei, care au tratat-o foarte abuziv în copilărie. După patru zile de Prozac, ea m-a întrebat dacă putea sări peste ședința programată pentru luna următoare, când cădea Ziua Președinților. „Adevărul este că nu mi-am dus niciodată copiii la schi (de asta se ocupă de

albească noul meu. Aceștia sunt liberi în ziua respectivă și ar fi plăcut să aibă o amintire frumoasă împreună cu mine, distrându-ne toți trei."

Vorbim de o pacientă care până atunci se luptase din greu doar ca să supraviețuiască cu bine până la sfârșitul zilei. După această consultație, am sunat un cunoscut de la compania Eli Lilly și i-am spus: „Aveți un medicament care îi ajută pe oameni să se integreze mai bine în momentul prezent, în loc să rămână ancorați în trecut." Mai târziu, Lilly mi-a oferit o mică bursă pentru a studia efectele Prozacului asupra unui număr de 64 de bolnavi de SSPT: 22 de femei și 42 de bărbați. Acesta a fost primul studiu asupra efectelor acestei noi clase de medicamente asupra SSPT. Echipa noastră de la Clinica pentru Tratarea Traumelor a înscris în cadrul studiului 33 de non-veterani, iar colaboratorii mei (foștii mei colegi de la AV) au înscris alți 31 de veterani de război. Timp de opt săptămâni, jumătate din membrii fiecărui grup au primit Prozac, iar ceilalți un simplu placebo. Studiul a fost de tip „dublu orb": nici noi, nici pacienții nu am știut ce substanțe ingerau aceștia, astfel încât evaluările să nu fie influențate de preconcepțiile noastre.

Toate persoanele implicate în studiu – inclusiv cele care au primit placeboul – au constatat o îmbunătățire, cel puțin parțială. De altfel, marea majoritate a studiilor referitoare la tratamentul SSPT au arătat că efectul placebo este semnificativ. Oamenii care își adună curajul pentru a participa la un studiu pentru care nu sunt plătiți și în cadrul căruia sunt înțepați în mod repetat, având șansa probabilistică de 50% de a primi un medicament real, sunt extrem de motivați să își rezolve problema. Cine știe? Poate că cea mai bună răsplată a lor este atenția care le este acordată și oportunitatea de a răspunde la întrebări legate de ceea ce gândesc și ce simt. De altfel, nu este exclus ca mângâierile mamei care alină durerea copilului ei să fie tot un „simplu" efect placebo.

Prozacul a dat rezultate semnificativ mai bune în cazul pacienților de la Clinica pentru Traume. Aceștia au dormit mai bine, și-au controlat mai bine emoțiile și au fost mai puțin preocupați de trecut prin comparație cu cei care au primit o pastilă cu zahăr. Cu toate acestea, în mod surprinzător, Prozacul nu a avut niciun efect asupra veteranilor de război de la AV. Simptomele SSPT ale acestora au rămas neschimbate. Aceste rezultate au fost confirmate de toate studiile farmacologice ulterioare efectuate asupra veteranilor de război.

Deşi un număr mic dintre ei au manifestat o îmbunătăţire modestă, marea majoritate nu au perceput niciun beneficiu. Nu am reuşit să îmi explic niciodată acest lucru, şi nu pot accepta explicaţia cea mai comună care este oferită de regulă: cum că primirea unei pensii sau a altor beneficii pentru handicap îi împiedică pe oameni să se simtă mai bine. La urma urmelor, amigdala nu are habar de pensii. Ea nu ştie decât să detecteze ameninţările.

Cu toate acestea, medicamentele precum Prozacul şi altele asemănătoare, cum ar fi Zoloft, Celexa, Cymbalta şi Paxil, şi-au adus o contribuţie substanţială la tratamentul afecţiunilor legate de traume. În studiul nostru referitor la Prozac am folosit un test Rorschach pentru a măsura cum îşi percep mediul oamenii traumatizaţi. Aceste date ne-au oferit indicii importante referitoare la maniera în care operează această clasă de medicamente (cunoscute anterior ca inhibitori selectivi ai absorbţiei serotoninei, sau SSRI). Spre exemplu, îmi amintesc de o pacientă olandeză (care nu a participat la studiul referitor la Prozac) care m-a consultat pentru a primi un tratament din cauza unui viol suferit în copilărie şi care a rămas convinsă că o voi viola de îndată ce mi-a auzit accentul olandez. Prozacul i-a schimbat însă percepţia. Acest medicament le conferă pacienţilor care suferă de SSPT o perspectivă diferită, ajutându-i să capete un control semnificativ asupra impulsurilor lor. Jeffrey Gray trebuie să fi avut dreptate: atunci când nivelul serotoninei din organism creşte, mulţi dintre pacienţii mei devin mai puţin reactivi.

TRIUMFUL FARMACOLOGIEI

Nu a durat mult şi farmacologia a revoluţionat psihiatria. Medicamentele le-au oferit doctorilor senzaţia că sunt mai eficienţi şi le-au furnizat un instrument de lucru diferit de terapia prin discuţii. În plus, ele au generat venituri şi profituri. Bursele primite de la industria farmaceutică ne-au permis să ne creăm laboratoare pe care le-am umplut cu instrumente sofisticate şi cu tineri absolvenţi plini de energie ai facultăţii de medicină. Departamentele de psihiatrie, care anterior fuseseră plasate întotdeauna în subsolurile spitalelor, au fost mutate acum mai sus, simultan cu creşterea prestigiului lor.

Un simbol al acestei schimbări a fost chiar SCMM, unde, prin anii 90, fosta piscină a spitalului a fost transformată într-un spaţiu

pentru un laborator, iar terenul acoperit de baschet a fost transformat în cubicule pentru noua clinică de medicamente. Decenii la rând, medicii și pacienții lor au împărțit într-o manieră democratică plăcerile oferite de zbenguiala prin piscină și de aruncarea mingii la coș. Acestea erau singurele locuri în care ne puteam restabili cu toții senzația de bine fizic, o insulă în mijlocul suferinței cu care ne confruntam zi de zi. Acum, acestea au fost transformate în locuri dedicate vindecării pacienților.

Nu este exclus ca revoluția medicamentelor care a început atât de promițător să fi făcut în final mai mult rău decât bine. Teoria care susține că bolile mintale sunt cauzate în principal de anumite dezechilibre chimice din creier ce pot fi corectate cu ajutorul unor medicamente specifice a devenit acceptată pe scară largă, în egală măsură de către mass-media, publicul larg și profesia medicală. De multe ori, medicamentele au înlocuit psihoterapia și i-au ajutat pe pacienți să își suprime problemele, fără a vindeca însă cauzele lor. Antidepresivele fac într-adevăr minuni atunci când vine vorba de viața de zi cu zi, iar dacă ai de ales între a lua un somnifer și a bea în fiecare noapte până când cazi lat pentru a prinde astfel câteva ore de somn, nu încape nicio îndoială care variantă este de preferat. Medicamentele le pot oferi oamenilor epuizați de încercarea de a se descurca singuri cu ajutorul yogăi, al exercițiilor fizice sau pur și simplu prin ducerea simptomelor pe picioare, o alinare care le poate salva viața. Medicamentele din clasa SSRI pot fi extrem de utile în a-i ajuta pe oamenii traumatizați să fie într-o mai mică măsură sclavii emoțiilor lor, dar trebuie considerate simple adjuvante la tratamentul integral.

După ce am realizat nenumărate studii referitoare la medicamentele pentru SSPT, am ajuns la concluzia că medicamentele psihiatrice au un dezavantaj grav, și anume devierea atenției de la tratarea cauzelor profunde. Modelul bolii creierului îi determină pe pacienți să își lase în totalitate destinul în mâna medicilor și a companiilor de asigurări pentru rezolvarea problemelor lor.

De-a lungul ultimelor trei decenii, medicamentele psihiatrice au devenit un simbol al culturii noastre, consecințele fiind însă dubioase. Să luăm de pildă cazul antidepresivelor. Dacă acestea ar fi într-adevăr atât de eficiente cum am fost lăsați să credem, depresia nu ar mai trebui să fie decât o problemă minoră în societate la ora actuală. În realitate însă, deși consumul de antidepresive continuă să crească de

la o zi la alta, el nu a redus cu nimic numărul internărilor în spitale pentru depresie. Dimpotrivă, numărul persoanelor tratate pentru depresie s-a triplat în ultimele două decenii, iar unul din zece americani ia la ora actuală antidepresive.

Noua generație de antipsihotice, cum ar fi Abilify, Risperdal, Zyprexa și Seroquel, sunt cele mai bine vândute medicamente din Statele Unite. În anul 2012, americanii au cheltuit 1.526.228.000 de dolari pe Abilify, mai mult decât pentru orice alt medicament. Pe locul 3 s-a situat Cymbalta, un antidepresiv care s-a vândut într-o valoare totală de peste un miliard de dolari, deși nu s-a dovedit superior în niciun fel antidepresivelor mai vechi precum Prozacul, care este mult mai ieftin la ora actuală. Medicaid, programul guvernamental de îngrijire a sănătății oamenilor săraci, cheltuiește mai mult pe antipsihotice decât pentru orice altă clasă de medicamente. În 2008, anul cel mai recent pentru care avem la dispoziție date complete, Medicair a plătit 3,6 miliarde de dolari pentru medicamente antipsihotice, față de 1,65 miliarde în anul 1999. Numărul persoanelor sub vârsta de 20 de ani care primesc rețete finanțate de Medicaid pentru medicamente antipsihotice s-a triplat între 1999-2008. În data de 4 noiembrie 2013, compania Johnson & Johnson a făcut o înțelegere prin care a plătit peste 2,2 miliarde de dolari sub formă de despăgubiri penale și civile, pentru a pune capăt acuzațiilor că a promovat incorect medicamentul antipsihotic Risperdal pentru adulții vârstnici, copii și persoanele cu handicap de dezvoltare. Nimeni nu i-a pus să plătească însă pe medicii care au prescris acest medicament.

500.000 de copii din Statele Unite iau la ora actuală medicamente antipsihotice. Copiii proveniți din familii cu venituri reduse sunt de patru ori mai predispuși să primească medicamente antipsihotice decât cei care au asigurări private. Aceste medicamente sunt folosite adesori pentru a-i face pe copiii abuzați și neglijați mai ușor de struni. În anul 2008, 19.045 copii cu vârsta sub cinci ani au primit rețete pentru medicamente antipsihotice plătite de Medicaid. Un studiu care a analizat datele Medicaid din 13 state a descoperit că 12,4% din copiii aflați în plasament familial primesc antipsihotice, prin comparație cu 1,4% din totalul copiilor cu asigurări Medicaid. Aceste medicamente îi fac pe copii mai ușor de controlat și mai puțin agresivi, dar le inhibă motivațiile, capacitatea de joacă și curiozitatea,

care sunt absolut indispensabile pentru a se maturiza corect, devenind membri utili și funcționali ai societății. Peste toate, copiii care le iau tind să devină excesiv de obezi și să facă diabet. În plus, supradozele care implică o combinație de medicamente psihiatrice și analgezice sunt într-o continuă creștere.

Dat fiind că medicamentele au devenit atât de profitabile, marile jurnale medicale nu publică decât arareori studii referitoare la tratamentele nemedicamentoase pentru problemele sănătății mintale. Medicii care explorează astfel de tratamente sunt de regulă marginalizați, fiind considerați practicanți ai „medicinei alternative". De asemenea, studiile referitoare la tratamentele nemedicamentoase nu sunt finanțate decât rareori dacă nu presupun protocoale așa-zis „manualizate", în cadrul cărora pacienții și terapeuții trec prin rutine foarte precise, care nu permit adaptarea la nevoile individuale ale pacientului. Medicina oficială este ferm angajată să ne schimbe viața în bine exclusiv cu ajutorul chimiei, iar faptul că ne putem schimba fiziologia și echilibrul interior inclusiv prin alte mijloace decât medicamentele este rareori luat în considerare.

ADAPTARE SAU BOALĂ?

Modelul bolii creierului trece cu vederea patru adevăruri fundamentale: 1) capacitatea noastră de a ne distruge reciproc este compensată de capacitatea noastră de a ne vindeca reciproc; restaurarea relațiilor și a comunității este fundamentală pentru recâștigarea stării de bine; 2) limbajul ne dă puterea de a ne schimba pe noi și pe alții prin comunicarea experiențelor noastre, ajutându-ne să definim ceea ce cunoaștem și să dăm un sens comun semnificațiilor; 3) noi avem capacitatea de a ne regla singuri propria fiziologie, inclusiv o parte din funcțiile așa-zis involuntare ale corpului și ale creierului, prin intermediul unor activități de bază precum respirația, mișcarea și atingerea; și 4) noi ne putem schimba condițiile sociale astfel încât să creăm un mediu în care copiii și adulții să se simtă în siguranță și să poată înflori.

Atunci când ignorăm aceste dimensiuni chintesențiale ale umanității, noi îi privăm pe oameni de cele mai bune modalități de a se vindeca de traume și de a-și recâștiga autonomia. Conceptul de pacient, nu de participant activ la propriul proces de vindecare, îi separă

pe oamenii suferinzi de restul comunității și îi alienează de identitatea lor de sine. Date fiind limitările medicamentelor, am început să mă întreb în ce măsură putem găsi noi modalități, mai naturale de a-i ajuta pe oameni să își gestioneze reacțiile posttraumatice.

CAPITOLUL 3

PRIVIND ÎN INTERIORUL CREIERULUI: REVOLUȚIA NEUROȘTIINȚEI

Dacă am putea privi în interiorul craniului, în creierul unei ființe gânditoare conștiente, și dacă locul cel mai excitabil ar fi luminiscent, am vedea pe suprafața cerebrală un loc luminos cu granițe ondulatorii fantastice, care ar fluctua constant ca mărime și formă, înconjurat de un întuneric mai mult sau mai puțin profund care acoperă restul emisferei cerebrale.

— Ivan Pavlov

Poți observa foarte multe doar privind în jurul tău.

— Yogi Berra

La începutul anilor 90, noile tehnici de creare de imagini ale creierului au deschis un câmp nesperat până atunci de explorare și cercetare, permițând o înțelegere sofisticată a manierei în care procesează creierul informațiile. Noile aparate gigantice, în valoare de multe milioane de dolari și bazate pe fizica avansată și pe tehnologia computerizată, au transformat rapid neuroștiința într-unul dintre cele mai populare domenii ale cercetării științifice. Tomografia cu emisie de pozitroni (PET)[1], iar mai târziu aparatele de creare de imagini prin rezonanță magnetică funcțională (fMRI[2]) le-au permis oamenilor de știință să vizualizeze cum se activează diferite părți ale creierului atunci când oamenii se angrenează în diferite activități sau atunci când își amintesc diferite evenimente din trecut. Pentru prima

[1] Tomografia computerizată (n. tr.)
[2] RMN în limba română. (n. tr.)

dată, am putut privi creierul în timp ce procesează amintiri, senzații și emoții, sau atunci când începe să își contureze noi circuite ale minții și conștiinței. Tehnologia anterioară de măsurare a substanțelor chimice din creier precum serotonina sau norepinefrina le-au permis oamenilor de știință să exploreze ce anume *alimenta* activitatea neuronală, lucru pe care l-am putea compara cu încercarea de a înțelege motorul unei mașini prin studierea benzinei. Tehnologia de creare a imaginilor cerebrale ne-a permis să ne uităm în interiorul motorului, transformând astfel complet înțelegerea noastră referitoare la traumă.

Școala Medicală Harvard a fost și a rămas până astăzi avangarda revoluției neuroștiinței. În anul 1994, un tânăr psihiatru pe nume Scott Rauch a fost numit primul director al Laboratorului de Creare a Imaginilor Neuronale din cadrul Spitalului General din Massachusetts. Gândindu-se la cele mai relevante întrebări la care ar putea răspunde această nouă tehnologie și citind câteva din articolele pe care le-am scris, Scott m-a întrebat dacă eram de acord să studiem împreună ce se întâmplă în creierul oamenilor care au amintiri recurente.

Tocmai terminasem la acea vreme un studiu referitor la reamintirea traumei (pe care îl voi comenta în capitolul 12), în cadrul căruia participanții mi-au spus în mod repetat cât de supărător era să fie deturnați de apariția bruscă a unor imagini, sentimente și sunete din trecut. După ce mai mulți dintre ei mi-au spus că și-ar dori să știe de ce le proiectează creierul aceste amintiri recurente, i-am întrebat pe opt dintre ei dacă doresc să se întoarcă la clinică și să stea întinși pe spate într-un aparat de scanat (o experiență complet nouă, pe care le-am descris-o în detaliu), recreând din memorie scena evenimentului dureros care îi bântuia. Spre surpriza mea, toți cei opt au fost de acord, mulți exprimându-și chiar speranța că ceea ce aveam să aflăm din experiența lor avea să le fie de folos altor oameni ca ei.

Asistenta mea, Rita Fisler, care a colaborat cu noi înainte de a se angaja la Școala Medicală Harvard, a discutat cu fiecare participant, construind cu atenție un scenariu care recrea trauma prin care a trecut acesta, moment cu moment. Am încercat în mod deliberat să colectăm doar fragmente izolate ale experienței lor – imagini, sunete și sentimente anume – nu întreaga poveste, căci așa este experimentată trauma. De asemenea, Rita le-a cerut participanților să descrie o scenă în care se simțeau într-o siguranță perfectă. Una dintre

participante și-a descris rutina de dimineață. Altcineva a descris o armă în care stătea pe veranda fermei sale din Vermont, privind dealurile din zare. Am folosit acest scenariu pentru a doua scanare, pentru a asigura astfel o comparație a măsurătorilor.

După ce participanții au verificat corectitudinea scenariilor (citindu-le în tăcere, fapt care este mai puțin copleșitor decât ascultarea sau descrierea lor verbală), Rita a creat o înregistrare audio pe care i-a pus pe participanți să o asculte în timp ce se aflau în interiorul aparatului de scanat. Iată cum suna un scenariu tipic:

> Ai șase ani și te pregătești de culcare. Îți auzi părinții strigând unul la celălalt. Ești speriat și simți un nod în stomac. Tu și fratele tău mai mic, împreună cu surioara voastră, vă îngrămădiți unul în celălalt în partea de sus a scărilor. Priviți peste balustradă și îl vedeți pe tatăl vostru strângând-o de brațe pe mama, care se luptă să se elibereze. Mama plânge, sculpându-l și mârâind ca un animal. Ai fața roșie și simți că ai febră. Când mama reușește să se elibereze, aleargă în sufragerie și sparge un vas chinezesc foarte scump. Le strigi părinților să înceteze, dar ei te ignoră. Mama urcă la etaj și o auzi spărgând televizorul. Frățiorul și surioara ta încearcă să o convingă să se ascundă într-o debara. Inima îți bate cu putere și tremuri din toate încheieturile.

La această primă ședință le-am explicat participanților scopul oxigenului radioactiv pe care aveau să îl respire: atunci când o parte a creierului devine mai mult sau mai puțin activă din punct de vedere metabolic, rata consumului ei de oxigen se modifică, fapt surprins de aparatul de scanat. Noi urma să le monitorizăm de asemenea tensiunea sângelui și pulsul de-a lungul întregii proceduri, astfel încât să putem compara aceste indicii fiziologice cu activitatea creierului.

Peste câteva zile, participanții au venit la laboratorul de scanare a imaginilor cerebrale. Marsha, o profesoară în vârstă de 40 de ani dintr-o suburbie din afara Bostonului, a fost prima voluntară pe care l-am scanat-o. Scenariul ei a condus-o către o zi petrecută cu 13 ani în urmă, când s-a dus să o ia pe fetița ei în vârstă de cinci ani, Melissa,

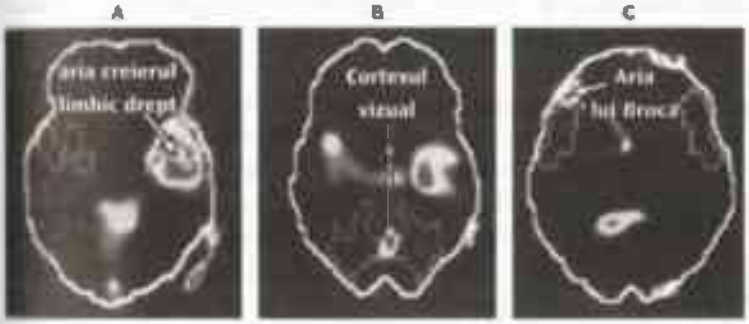
de la grădiniță. În timp ce își conducea mașina, Marsha a auzit un semnal sonor persistent, care îi indica faptul că centura de siguranță a Melissei nu era prinsă corect. Când Marsha s-a aplecat să îi prindă centura, ea a trecut fără să vrea peste lumina roșie a unui semafor. O altă mașină a izbit-o în plin din partea dreaptă, omorându-i pe loc fetița. În ambulanța care a condus-o la spitalul de urgență, fătul în vârstă de șapte luni pe care Marsha îl purta în pântece a murit la rândul lui.

Peste noapte, Marsha s-a transformat dintr-o femeie veselă care era întotdeauna inima petrecerilor într-o persoană bântuită și deprimată, care se autoacuza pentru moartea copiilor săi. Ea a renunțat să mai predea și s-a mutat la departamentul administrativ al școlii, întrucât lucrul cu copiii i se părea intolerabil. La fel ca foarte mulți alți părinți care și-au pierdut copiii, râsul inocent al altor copii era un buton emoțional extrem de puternic pentru Marsha. Chiar și ascunsă în spatele hărțogăraiei pe care trebuia să o completeze, Marsha de-abia reușea să treacă de la o zi la alta. În încercarea iluzorie de a-și bloca orice sentiment, ea s-a dedicat sută la sută muncii, lucrând zi și noapte.

Când Marsha a început procedura, am stat lângă aparatul de scanat, urmărindu-i reacțiile fiziologice pe un monitor. De îndată ce am dat drumul aparatului audio, inima ei a început să gonească nebunește, iar tensiunea i-a crescut dramatic. Simpla ascultare a scenariului i-a reactivat reacțiile fiziologice pe care le-a trăit în timpul accidentului petrecut în urmă cu 13 ani. După ce scenariul audio s-a încheiat, iar pulsul și tensiunea Marshei au revenit la normal, am pus-o să asculte cel de-al doilea scenariu, care relata cum se dădea jos din pat dimineața și se spăla pe dinți. De această dată, pulsul și tensiunea Marshei nu au suferit nicio modificare.

Când a ieșit din aparatul de scanat, Marsha părea abătută, secătuită de puteri și încremenită. Respirația ei era superficială, ochii îi erau larg deschiși, iar spatele îi era cocoșat. Pe scurt, Marsha era imaginea întruchipată a vulnerabilității și a neajutorării. Am încercat să o alinăm, dar m-am întrebat sincer atunci dacă eventualele noastre descoperiri aveau să merite prețul plătit de Marsha.

După ce toți cei opt participanți au încheiat procedura, Scott Rauch a început să lucreze cu matematicienii și cu statisticienii săi la crearea unor imagini complexe care comparau excitația creată de



Imaginile cerebrale în momentul reîntoarcerii traumei. Petele luminoase din (A) creierul limbic și (B) cortexul vizual arată o activare accentuată. În imaginea (C), centrul vorbirii din creier arată o activare redusă.

o amintire recurentă într-un creier aflat într-o stare neutră. După câteva săptămâni mi-a trimis rezultatele, pe care le poți vedea mai sus. Mi-am lipit imaginile pe frigiderul din bucătărie, iar în următoarele câteva luni m-am uitat la ele în fiecare seară. Mi-a trecut prin minte că așa trebuie să se fi simțit astronomii din trecut care au văzut pentru prima dată prin telescop o constelație nouă.

Au existat mai multe puncte și culori neașteptate pe imaginea scanată, dar cea mai mare zonă cerebrală activată – un punct roșu mare situat în partea din dreapta jos a centrului creierului, care reprezintă aria limbică sau creierul emoțional – nu a fost o surpriză pentru mine. Știam deja că emoțiile foarte intense activează sistemul limbic, îndeosebi zona numită amigdala. Noi depindem de această zonă, care ne avertizează de pericolele iminente și activează reacția de stres a organismului. Studiul nostru a arătat clar că atunci când unui om traumatizat i se prezintă imagini, sunete sau gânduri asociate cu experiența traumatică pe care a trăit-o, amigdala reacționează printr-o stare de alarmă, chiar și la 13 ani de la trecerea evenimentului, așa cum s-a întâmplat în cazul Marshei. Activarea acestui centru al fricii declanșează o veritabilă cascadă de hormoni ai stresului și de impulsuri nervoase care ridică tensiunea, accelerează pulsul și amplifică absorbția oxigenului, pregătind astfel organismul pentru reacția de tip „luptă sau fugi". Monitoarele atașate de brațele Marshei au înregistrat imediat această reacție fiziologică de excitație frenetică, deși aceasta nu a

uitat nicio clipă de faptul că stătea liniştită pe spate în interiorul unui aparat de scanat.

OROAREA FĂRĂ CUVINTE

Cea mai surprinzătoare descoperire pe care am făcut-o a fost un punct alb în interiorul lobului frontal stâng al cortexului, într-o regiune numită Aria lui Broca. În acest caz, schimbarea culorii a arătat o reducere semnificativă a activităţii în această parte a creierului. Aria lui Broca este unul din centrii vorbirii din creier. Ea este afectată adesearî la pacienţii care suferă un atac cerebral ce împiedică sângele să ajungă în această regiune. Fără o Arie a lui Broca funcţională omul nu îşi mai poate transpune în cuvinte gândurile şi sentimentele. Imaginile scanate de noi au arătat că Aria lui Broca a devenit complet inactivă în perioada amintirii recurente. Cu alte cuvinte, am obţinut astfel dovada vizuală că efectele traumei nu sunt neapărat diferite de cele ale leziunilor de tipul atacului cerebral, putându-se intersecta cu acestea.

Toate traumele sunt preverbale. Shakespeare surprinde perfect această stare de teroare fără cuvinte în piesa *Macbeth*, după ce trupul regelui ucis este descoperit: „O, oroare! Oroare! Oroare! Nici limba, nici inima nu te pot concepe sau numi! Confuzia domneşte acum fără rival!" Aflat în condiţii extreme, omul poate striga obscenităţi, îşi poate chema mama, poate striga terorizat sau poate amuţi pur şi simplu. Victimele agresiunilor şi accidentelor rămân mute şi încremenite în saloanele de urgenţă ale spitalelor. Copiii terorizaţi „îşi înghit limba" şi refuză să mai vorbească. Există nenumărate fotografii ale soldaţilor de pe câmpul de luptă care stau muţi, uitându-se în gol.

Chiar şi mulţi ani mai târziu, oamenii traumatizaţi continuă să aibă dificultăţi enorme în a le povesti altor oameni ce li s-a întâmplat. Corpul lor retrăieşte starea de teroare, furie şi neajutorare, precum şi impulsul de tip „luptă sau fugi", dar aceste sentimente sunt aproape imposibil de articulat verbal. Prin însăşi natura ei, trauma ne proiectează la limita înţelegerii, tăindu-ne accesul la limbajul bazat pe experienţa comună sau pe un trecut imaginabil.

Asta nu înseamnă că oamenii nu pot vorbi niciodată despre o tragedie care li s-a întâmplat. Mai devreme sau mai târziu, marea majoritate a supravieţuitorilor (precum veteranii de care am vorbit în

capitolul 1) își creează ceea ce mulți dintre ei numesc „o poveste de acoperire" care oferă anumite explicații pentru simptomele și comportamentul lor public. Aceste povești nu surprind însă decât aranjeri ulevărul lăuntric al experienței pe care au trăit-o. Este extrem de dificil să îți organizezi experiența traumatică într-o relatare coerentă, care să aibă un început, o parte de mijloc și un sfârșit. Chiar și un reporter experimentat precum faimosul corespondent al CBS Ed Murrow a avut dificultăți în a descrie atrocitățile pe care le-a văzut când lagărul nazist de concentrare Buchenwald a fost eliberat în anul 1945: „Mă rog să credeți ce v-am povestit. Am relatat ce am văzut și ce am auzit, dar numai crâmpeie din aceste lucruri. În ceea ce le privește pe celelalte, pur și simplu nu am cuvinte."

Atunci când rămâi fără cuvinte, imaginile care te bântuie capturează experiența și revin sub forma coșmarurilor și a amintirilor recurente. Spre deosebire de Aria lui Broca, ce s-a dezactivat la toți participanții la studiul nostru, Aria nr. 19 a lui Brodmann s-a activat imediat. Este vorba de o regiune din cortexul vizual care înregistrează imaginile atunci când acestea pătrund pentru prima oară în creier. Am rămas surprinși să vedem activarea acestei zone la atât de mult timp după experiența inițială a traumei. În condiții obișnuite, imaginile empirice înregistrate în Aria 19 sunt difuzate rapid în celelalte zone ale creierului, care le interpretează și le dau sens. Și de această dată, am asistat la activarea unei regiuni cerebrale care presupune retrăirea traumei ca și cum aceasta s-ar întâmpla în momentul prezent.

Așa cum vom vedea în capitolul 12, în care vom discuta despre memorie, alte fragmente neprocesate ale traumei, cum ar fi sunetele, mirosurile și senzațiile fizice, sunt înregistrate separat de povestea propriu-zisă. Senzațiile similare declanșează adeseori o amintire recurentă care proiectează conștiința victimei înapoi în momentul traumei, ca și cum timpul nu ar fi trecut deloc.

ACTIVAREA UNEI SINGURE PĂRȚI A CREIERULUI

Un alt aspect pe care l-au revelat imaginile scanate a fost acela că în timpul amintirilor recurente, singura parte a creierului care s-a activat a fost cea dreaptă. La ora actuală există o literatură științifică și populară foarte abundentă pe tema diferenței dintre cele

două emisfere cerebrale, dar la începutul anilor 90 abia auzisem de faptul că unii cercetători împart lumea în oameni cu emisfera cerebrală stângă activă (raționali și logici) și oameni cu emisfera cerebrală dreaptă activă (intuitivi și artistici), fără să fiu foarte atent la aceste informații. Scanările noastre au arătat însă limpede că imaginile traumei din trecut nu activează decât emisfera cerebrală dreaptă, dezactivând-o complet pe cea stângă.

La ora actuală se știe că cele două emisfere cerebrale vorbesc limbi diferite. Cea dreaptă este intuitivă, emoțională, vizuală, spațială și tactilă, în timp ce cea stângă este lingvistică, secvențială și analitică. Emisfera stângă guvernează vorbirea, în timp ce cea dreaptă guvernează muzica experienței. Ea comunică prin expresii faciale și prin limbajul corporal, prin sunetele iubirii și tristeții, prin cântece, injurături, plânsete, dans sau mimă. Emisfera dreaptă este prima care se dezvoltă în interiorul pântecului matern, permițând comunicarea non-verbală dintre mamă și copil. Emisfera stângă nu devine cu adevărat activă decât atunci când copilul începe să înțeleagă limbajul și învață să vorbească. Acest lucru îi permite să numească lucrurile, să le compare, să înțeleagă interacțiunile dintre ele și să își comunice experiențele subiective unice altor oameni.

Cele două emisfere ale creierului procesează amprentele rămase din trecut în maniere fundamental diferite. Cea stângă își amintește faptele concrete, statisticile și vocabularul evenimentelor. Ea ne explică experiențele trăite și le așează în ordine. Cea dreaptă stochează amintirile legate de sunete, atingeri, mirosuri și emoțiile pe care le evocă acestea. Ea reacționează automat la voci, trăsăturile faciale, gesturile și locurile pe care le-am experimentat în trecut. Amintirile ei par adevăruri intuitive, evocând realitatea așa cum este ea, nu așa cum o interpretăm noi. Chiar dacă îi enumerăm virtuțile unei persoane dragi unei prietene, ceea ce ne impresionează cel mai tare este maniera în care ne evocă fața acesteia o mătușă pe care am iubit-o la vârsta de patru ani (să zicem).

În circumstanțe obișnuite, cele două emisfere cerebrale colaborează mai mult sau mai puțin lin, chiar și la oamenii care au una din cele două emisfere predominantă. În schimb, inhibarea completă (chiar dacă doar temporar) a uneia din cele două emisfere, sau chiar blocarea ei definitivă (așa cum se întâmplă uneori în urma primelor operații chirurgicale pe creier), pot fi extrem de neplăcute.

Dezactivarea emisferei cerebrale stângi are un impact direct asupra capacității noastre de a ne organiza experiențele în secvențe logice și de a ne traduce sentimentele și percepțiile în cuvinte. (Aria lui Broca, ce se dezactivează în timpul amintirilor traumatice recurente, este situată în emisfera cerebrală stângă.) Fără secvențialitate noi nu putem identifica efectele și cauzele, nu putem înțelege efectele pe termen lung ale acțiunilor noastre și nu ne putem face planuri coerente pentru viitor. Atunci când sunt foarte supărați, mulți oameni spun că „își pierd mințile". Tehnic vorbind, ei experimentează de fapt o reducere a capacității lor de funcționare executivă.

Atunci când un factor îi reamintește unui om traumatizat de trecutul său, emisfera sa dreaptă reacționează ca și cum evenimentul traumatic s-ar petrece în momentul prezent. Dat fiind că emisfera sa stângă nu funcționează foarte bine, este posibil ca el să nu își dea seama că nu face decât să reitereze trecutul în mintea sa prin starea de furie, de teroare, de rușine sau de încremenire pe care o experimentează. După ce furtuna emoțională trece, el caută ceva sau pe cineva pe care să dea vina. S-a comportat așa cum a făcut-o pentru că *tu* ai întârziat zece minute, sau pentru că *tu* ai ars cartofii prăjiți, sau pentru că *tu* „nu mă asculți niciodată". De bună seamă, cu toții procedăm uneori în acest fel, dar atunci când ne revenim, mulți dintre noi suntem dispuși să ne recunoaștem greșeala. Trauma interferează cu acest gen de luciditate, iar de-a lungul timpului, cercetările noastre ne-au ajutat să înțelegem de ce.

CAPTIV ÎN REACȚIA DE TIP „LUPTĂ SAU FUGI"

Ceea ce s-a întâmplat cu Marsha în interiorul aparatului de scanat a început să capete sens pentru noi. La 13 ani de la tragedia prin care a trecut, noi i-am reactivat senzațiile – sunetele și imaginile din momentul accidentului – stocate în memoria sa. Când au ajuns la suprafață, aceste senzații i-au activat sistemul de alarmă, care a făcut-o să reacționeze ca și cum s-ar fi aflat din nou în spital, aflând că fiica ei a murit. Cei 13 ani care s-au scurs între timp au dispărut pur și simplu. Pulsul și tensiunea ei amplificate i-au reflectat starea psihică de alarmă și agitație.

Adrenalina este unul din hormonii absolut critici care ne ajută să luptăm sau să fugim atunci când ne confruntăm cu un pericol.

Fluxul sporit de adrenalină a fost cel care le-a crescut dramatic pulsul și tensiunea participanților la studiul nostru în timpul ascultării scenariului traumei lor. În condiții normale, oamenii reacționează la o amenințare printr-o creștere temporară a secreției de hormoni ai stresului. Când amenințarea a trecut, hormonii se disipează, iar organismul revine la normal. În cazul oamenilor traumatizați, hormonii stresului au nevoie de mult mai mult timp pentru a reveni la normal, fiind secretați rapid și disproporționat chiar și la cei mai moderați stimuli stresanți. Efectele insidioase ale unei cantități prea mari de hormoni ai stresului în organism includ problemele legate de memorie și de atenție, iritabilitate și tulburări ale somnului. De asemenea, ele contribuie la numeroase probleme de sănătate pe termen lung, în funcție de cele mai vulnerabile sisteme fiziologice ale individului în cauză.

La ora actuală se știe că există și o altă reacție la amenințări, pe care scanările noastre nu o pot măsura deocamdată. Unii oameni intră pur și simplu într-o stare de negare. Corpul lor înregistrează amenințarea, dar mintea lor conștientă își continuă activitatea ca și cum nu s-ar fi întâmplat nimic. Oricât ar ignora însă mintea mesajele primite de la creierul emoțional, semnalele de alarmă nu dispar. Creierul emoțional continuă să lucreze, iar hormonii stresului își transmit semnalele mușchilor, tensionându-i în vederea acțiunii sau imobilizându-i până la colaps. Efectele fizice asupra organelor continuă fără oprire până când ajung să se exprime sub forma unei boli. Medicamentele, drogurile și alcoolul pot amorți temporar senzațiile și sentimentele neplăcute, dar corpul nu uită niciodată!

Putem interpreta ceea ce s-a întâmplat cu Marsha în interiorul aparatului de scanat din perspective diferite, fiecare având implicațiile ei asupra tratamentului. Astfel, ne putem focaliza asupra dezechilibrelor neurochimice și fiziologice, care au fost extrem de evidente, ajungând la concluzia că ea suferă de un dezechilibru biochimic care este reactivat ori de câte ori i se readuce aminte de moartea fiicei sale. În acest caz, putem căuta un medicament sau o combinație de medicamente care să îi reducă această reacție, iar într-un scenariu ideal, să îi restabilească complet echilibrul chimic. Pornind de la rezultatele obținute de noi, câțiva colegi de la MGH au început să studieze diferite medicamente care i-ar putea face pe oameni mai puțin reactivi la efectele nivelului ridicat de adrenalină.

Am putea porni de asemenea de la premisa că Marsha este hipersensibilă la amintirile sale traumatice, ajungând la concluzia că cel mai bun tratament ar fi unul care să o desensibilizeze. După repetarea detaliată a detaliilor traumei în prezența unui psihoterapeut, reacțiile ei biologice ar putea fi reduse la zero, în urma realizării că „ce a fost a fost, dar a trecut", fără a mai repeta la infinit aceeași experiență.

Timp de peste o sută de ani, toate manualele de psihologie și de psihoterapie au recomandat aplicarea unei metode de tratament bazate pe discuții referitoare la sentimentele tulburătoare, în vederea rezolvării acestora. Așa cum am văzut însă, acest lucru este împiedicat chiar de experiența propriu-zisă a traumei. Indiferent de înțelegerea la care ajunge, creierul rațional nu poate convinge sub nicio formă creierul emoțional să iasă din realitatea sa traumatică. Chiar și astăzi sunt la fel de impresionat ca la început văzând cât de greu le este celor care au trecut prin experiențe inimaginabile să vorbească despre acestea și să le surprindă esența. Le este mult mai ușor să descrie ceea ce le-a fost făcut – adică să relateze povestea victimizării și răzbunării lor — decât să observe, să simtă și să descrie în cuvinte realitatea experienței lor interne.

Imaginile scanate de noi ne-au arătat de ce persistă teroarea victimelor și cum poate fi reactivată aceasta prin diferiți factori ai experienței de zi cu zi. Ele nu și-au integrat experiența traumatică în fluxul continuu al vieții lor, continuând să se afle „acolo" și neștiind cum să se integreze „aici", pentru a-și trăi plenar viața în momentul prezent.

La trei ani după ce a participat la studiul nostru, Marsha a venit la mine pentru a o consulta în calitate de pacientă. Am tratat-o cu succes cu ajutorul EMDR, tehnică pe care o voi descrie pe larg în capitolul 15.

PARTEA A DOUA:

AȘA ARATĂ CREIERUL TĂU ATUNCI CÂND ESTE TRAUMATIZAT

Capitolul 4

ALEARGĂ CA SĂ-ŢI SALVEZI VIAŢA: ANATOMIA SUPRAVIEŢUIRII

Anterior apariţiei creierului, în univers nu existau culori sau sunete, nici mirosuri şi gusturi, sentimente sau emoţii, iar senzaţiile, dacă existau, erau foarte puţin intense. Ce-i drept, înainte de apariţia creierului, în univers nu existau durerea şi anxietatea.

— Roger Sperry

În data de 11 septembrie 2001, Noam Saul, un puşti în vârstă de cinci ani, a asistat la ciocnirea primului avion de pasageri cu World Trade Center, de la fereastra clasei sale de la PS 234, la mai puţin de 800 de metri distanţă. Împreună cu colegii de clasă şi cu învăţătoarea, el a coborât în curtea şcolii, unde elevii erau luaţi de părinţii care îi lăsaseră la şcoală cu doar câteva momente mai devreme. Noam, fratele său mai mare şi tatăl lor au fost trei dintre zecile de mii de oameni care au alergat să îşi salveze viaţa în acea zi, prin molozul, fumuşa şi fumul din Manhattan.

Zece zile mai târziu, i-am vizitat părinţii lui Noam, care îmi sunt prieteni, iar în seara zilei respective am ieşit la o plimbare prin întunericul care îţi dădea fiori către grămada de moloz care fusese cândva Turnul Unu, croindu-ne drum printre echipele de salvare care lucrau nonstop sub lumina reflectoarelor. Când ne-am întors acasă, Noam era încă treaz, şi mi-a arătat un desen pe care l-a făcut în ziua de 12 septembrie, la ora 9:00 dimineaţa. Desenul arăta ceea ce a văzut cu o zi înainte: un avion care izbea turnul, o sferă de foc, pompierii şi oameni sărind de la ferestrele turnului. În partea de jos a imaginii el a desenat însă altceva: un cerc negru la baza clădirilor. Nu mi-am dat seama ce reprezenta, aşa că l-am întrebat pe Noam ce era acel cerc.

– O trambulină, mi-a răspuns el.

Ce căuta acolo trambulina?

Noam mi-a explicat:

– Pentru ca data viitoare când oamenii vor mai trebui să sară să fie în siguranță.

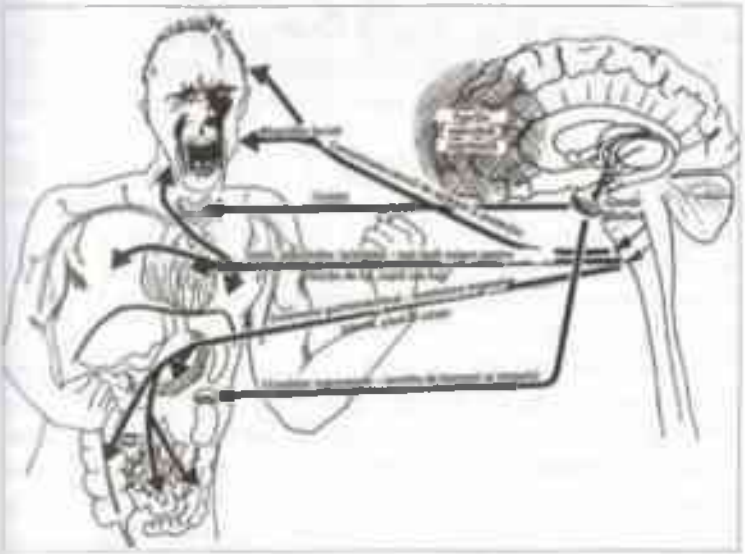
Am rămas uluit. Această băiețel de cinci ani care a asistat la un dezastru de nedescris și la haosul care a urmat cu doar 24 de ore înainte de a face acel desen, și-a folosit imaginația pentru a procesa ceea ce a văzut, după care și-a văzut de viață.

Noam a fost norocos. Familia lui a scăpat cu viață, iar el a crescut înconjurat de iubire, astfel încât a putut înțelege că tragedia la care a asistat s-a încheiat. În timpul dezastrelor, copiii mici se inspiră de regulă de la părinții lor. Dacă aceștia își păstrează calmul și răspund la nevoile lor, copiii pot supraviețui unor incidente teribile fără a rămâne cu cicatrice psihologice grave.

Desenul făcut de Noam, un băiețel de cinci ani, după ce a asistat la atacul din 11 septembrie asupra World Trade Center. El a reprodus imaginea care l-a bântuit pe atât de mulți supraviețuitori – oameni sărind de la ferestre pentru a scăpa de incendiu – adăugând un element care le putea salva viața: o trambulină la baza clădirii înainte de prăbușirea acesteia.

Experiența lui Noam ne ajută să înțelegem mai bine două aspecte absolut critice ale reacției de adaptare la amenințări, care este fundamentală pentru supraviețuirea noastră. În momentul în care s-a petrecut dezastrul, el și-a putut asuma un rol activ fugind de el, și a devenit astfel un agent al propriei sale salvări. După ce a ajuns în siguranța casei sale, semnalele de alarmă din creierul și din corpul său s-au liniștit, eliberându-i mintea pentru a da sens lucrurilor întâmplate și chiar pentru a-și imagina o alternativă creatoare pentru ceea ce s-a întâmplat: o trambulină care ar fi putut salva vieți.

Spre deosebire de Noam, oamenii traumatizați rămân blocați în experiența lor. Ei își întrerup procesul creșterii personale, întrucât nu pot integra noua experiență în viața lor. M-am simțit extrem de emoționat atunci când veteranii armatei lui Patton mi-au dat de Crăciun un ceas primit de la armată în anul în care viața lor s-a oprit literalmente: 1944, ca un memento trist al acestei amintiri. Trauma presupune continuarea organizării vieții tale ca și cum experiența



Trauma afectează întregul organism uman – corpul, mintea și creierul. În cazul SSPT, corpul continuă să se apere împotriva unei amenințări din trecut. Vindecarea de SSPT presupune încheierea acestei mobilizări continue pentru gestionarea stresului și resetarea întregului organism ca și cum acesta s-ar simți în siguranță.

devastatoare ar continua – neschimbată și imuabilă – și ca și cum fiecare nou eveniment din viața ta ar fi contaminat de trecut.

După traumă, lumea este percepută prin intermediul unui sistem nervos diferit. Întreaga energie a supraviețuitorului se focalizează acum asupra suprimării haosului interior, prețul plătit fiind însă implicarea spontană în viața sa. Aceste încercări de a păstra controlul asupra unor reacții fiziologice insuportabile pot conduce la o gamă largă de simptome fizice, printre care fibromialgia, oboseala cronică și alte boli autoimune. Acest lucru explică de ce este atât de important ca tratamentul pentru traume să angreneze întregul organism, corpul, mintea și creierul în egală măsură.

ORGANIZAT PENTRU A SUPRAVIEȚUI

Ilustrația de la pagina 67 arată reacția întregului organism în fața unei amenințări.

Atunci când sistemul de alarmă al creierului este activat, el declanșează automat planurile preprogramate de eliberare de pericol din părțile mai vechi ale creierului. La fel ca în cazul altor animale, nervii și substanțele chimice care alcătuiesc structura noastră cerebrală de bază au o conexiune directă cu corpul. Atunci când creierul primitiv preia controlul, el blochează creierul superior – mintea noastră conștientă – și silește corpul să o ia la fugă, să se ascundă, să lupte sau, dacă este cazul, să încremenească. Până când devenim plenar conștienți de situație, este posibil ca trupul nostru să aleagă deja. Dacă reacția de tip „fugi, luptă sau încremenește" are succes și scăpăm de pericol, noi ne redobândim treptat echilibrul interior și „controlul asupra simțurilor".

Dacă, dintr-un motiv sau altul, reacția noastră normală este blocată – spre exemplu, dacă suntem captivi, împiedicați sau siliți prin alte mijloace să nu putem trece la acțiune, fie într-o zonă de război, fie într-un accident de mașină, într-un caz de violență domestică sau în cazul unui viol – creierul continuă să secrete substanțele chimice specifice stresului, iar circuitele sale electrice continuă să fie activate, deși funcționează în gol. Mult timp după ce pericolul a trecut, creierul poate continua să trimită corpului semnale pentru a scăpa de o amenințare care nu mai există. Se știe cel puțin din anul 1889, când psihologul francez Pierre Janet a publicat prima relatare științifică

neferitoare la stresul traumatic, că supraviețuitorii traumelor au tendința de „a continua să acționeze, sau mai bine zis să încerce (inutil) să acționeze, exact ca atunci când s-a petrecut trauma prin care au trecut". Capacitatea de a te mișca și de a *face* ceva concret pentru a te proteja reprezintă un factor critic care determină în ce măsură lasă sau nu o experiență oribilă cicatrice pe termen lung.

În acest capitol vom explora mai detaliat reacția creierului în fața traumei. Cu cât neuroștiința descoperă mai multe informații legate de creier, cu atât mai bine înțelegem că acesta reprezintă o rețea uriașă de părți interconectate, organizate astfel încât să ne ajute să supraviețuim și să înflorim. Cunoașterea manierei în care colaborează

Acțiune eficientă versus imobilizare. Acțiunea eficientă (consecința impulsului „luptă sau fugi") pune capăt amenințării. Imobilizarea menține corpul într-o stare de șoc și de neajutorare învățată din care nu poate scăpa. În fața pericolului, oamenii secretă automat hormoni ai stresului, pentru a-și alimenta astfel capacitatea de rezistență și posibilitatea de a scăpa. Creierul și corpul sunt programate să fugă acasă, într-un loc în care se simt în siguranță și în care hormonii stresului se pot relaxa. În cazul acestor oameni imobilizați, care au fost evacuați din fața Uraganului Katrina, nivelul hormonilor stresului a crescut radical, acționând împotriva supraviețuitorilor prin stimularea unei frici continue, a depresiei, a furiei și a bolilor fizice.

unele părți este esențială pentru înțelegerea modului în care afectează trauma fiecare parte a organismului uman, putând servi ca un ghid indispensabil pentru vindecarea stresului traumatic.

CREIERUL DE JOS ÎN SUS

Cea mai importantă sarcină pe care o are creierul este să ne asigure supraviețuirea, chiar și în cele mai mizerabile condiții. Toate

celelalte funcţii ale sale sunt secundare. În acest scop, creierul trebuie 1) să genereze semnale interne care înregistrează de ce anume are nevoie corpul nostru, cum ar fi hrana, odihna, protecţia, sexul şi adăpostul; 2) să creeze o hartă a lumii, care să ne orienteze către locurile în care ne putem satisface aceste nevoi; 3) să genereze energia şi acţiunile necesare pentru a ajunge acolo; 4) să ne avertizeze de pericolele şi oportunităţile care apar de-a lungul drumului; şi 5) să ne ajustăm acţiunile în funcţie de cerinţele momentului prezent. Mai mult decât atât, dat fiind că noi, oamenii, suntem mamifere, adică nişte creaturi care nu pot supravieţui şi înflori decât în grup, toate aceste imperative necesită o coordonare şi o colaborare între diferitele părţi implicate. Problemele psihice apar atunci când semnalele noastre interne nu funcţionează, atunci când harta noastră nu ne conduce acolo unde dorim să ajungem, atunci când suntem prea paralizaţi pentru a ne putea mişca, atunci când acţiunile noastre nu corespund nevoilor noastre şi atunci când relaţiile noastre se destramă. Toate structurile creierului despre care discutăm aici joacă un anumit rol în cadrul acestor funcţii esenţiale, şi aşa cum vom vedea, trauma poate interfera cu fiecare în parte.

Creierul nostru raţional-cognitiv este cea mai tânără parte a creierului, şi nu ocupă decât circa 30 de procente din interiorul craniului nostru. El este preocupat în principal de lumea din jurul nostru, de înţelegerea manierei în care funcţionează lucrurile şi oamenii, de crearea de planuri pentru îndeplinirea scopurilor noastre, de gestionarea timpului şi a suitei acţiunilor noastre. În spatele creierului raţional există două creiere mai vechi din punct de vedere evoluţionist şi într-o oarecare măsură separate, care controlează toate celelalte funcţii: înregistrarea şi managementul clipă de clipă al fiziologiei corpului nostru şi identificarea senzaţiilor de confort, siguranţă, ameninţare, foame, oboseală, dorinţă, dor, entuziasm, plăcere şi durere.

Creierul este construit de jos în sus. El se dezvoltă nivel cu nivel în interiorul pântecului matern, la fel cum s-a întâmplat în decursul evoluţiei. Partea cea mai primitivă, care este deja funcţională în momentul naşterii, este străvechiul creier animal numit adesea creierul reptilian. El este localizat în trunchiul cerebral, chiar deasupra locului în care şira spinării pătrunde în craniu. Creierul reptilian este responsabil pentru toate lucrurile pe care le fac bebeluşii: mâncat, dormit, starea de veghe, plâns, respirat; simţirea temperaturii,

a foamei, umezelii și durerii; și eliminarea toxinelor din corp prin urină și defecație. Împreună, trunchiul cerebral și hipotalamusul (situat chiar deasupra primului) controlează nivelul energetic al corpului. Ele coordonează funcționarea inimii și a plămânilor, dar și sistemul endocrin și cel imunitar, asigurându-se că aceste sisteme de bază pentru susținerea vieții sunt menținute într-un echilibru intern relativ stabil, cunoscut sub numele de homeostază.

Respiratul, mâncatul, dormitul, defecația și urinarea sunt atât de fundamentale încât noi avem tendința de a uita de ele atunci când ne gândim la complexitatea minții și a comportamentului uman. În realitate însă, dacă nu putem dormi, dacă avem probleme cu intestinele, dacă ne este tot timpul foame sau dacă simpla atingere ne face să țipăm (așa cum se întâmplă adeseori cu copiii sau cu adulții traumatizați), întregul organism tinde către dezechilibru. Este uimitor cât de multe probleme psihice generează tulburările somnului, apetitului, atingerii, digestiei și excitației. Orice tratament eficient al traumei trebuie să echilibreze toate aceste funcții de bază ale organismului.

Chiar deasupra creierului reptilian este situat sistemul limbic, cunoscut inclusiv sub numele de creierul mamifer, întrucât toate animalele care trăiesc în grupuri și care își cresc puii dispun de el. Dezvoltarea acestei părți a creierului nu începe decât după nașterea copilului. Acesta este sediul emoțiilor, cel care monitorizează pericolele, judecătorul care decide dacă ceva este plăcut sau înfricoșător și arbitrul care stabilește ce lucruri sunt sau nu importante pentru supraviețuire. De asemenea, este un post central de comandă pentru gestionarea provocărilor vieții în cadrul complexelor noastre rețele sociale.

Sistemul limbic este structurat ca răspuns la experiență, dar și în funcție de constituția genetică a bebelușului și de temperamentul său înnăscut. (Așa cum remarcă toți părinții care au mai mulți copii, intensitatea și natura reacțiilor bebelușilor în fața unor evenimente similare diferă.) Ceea ce i se întâmplă copilului contribuie la harta emoțională și perceptuală a lumii pe care și-o creează creierul acestuia, aflat în plin proces de dezvoltare. După cum explică colegul meu Bruce Perry, creierul este creat într-o „manieră care depinde de folosirea lui". Vorbim practic despre neuroplasticitate, o descoperire relativ recentă potrivit căreia „neuronii care se activează împreună se conectează". Atunci când un circuit neuronal se activează în mod

repetat, el poate deveni o setare implicită, adică o reacție repetitivă. Dacă te simți iubit și în siguranță, creierul tău se specializează în explorare, joacă și cooperare; dacă ești speriat și te simți nedorit, el se specializează în gestionarea sentimentelor de teamă și de abandonare.

Copiii mici învață să cunoască lumea mișcându-se, apucând diferite lucruri cu mâinile, mergând de-a bușilea și descoperind ce se întâmplă atunci când plâng, când zâmbesc sau când protestează. Ei experimentează constant cu mediul înconjurător, observând felul în care interacțiunile lor cu acesta modifică felul în care se simte corpul lor. Dacă vei participa la petrecerea dată de ziua de naștere a unui copil de doi ani (să spunem, micuța Kimberley), vei observa cum acesta interacționează cu tine, se joacă cu tine și flirtează cu tine, fără a avea nevoie de un limbaj. Aceste prime explorări modelează structurile limbice dedicate emoțiilor și memoriei, dar acestea pot fi modificate semnificativ de experiențele ulterioare, fie în bine, spre exemplu printr-o prietenie apropiată sau o primă dragoste sublimă, fie în rău, în urma unei agresiuni, a intimidărilor repetate sau a neglijării.

Împreună, creierul reptilian și sistemul limbic alcătuiesc ceea ce eu numesc „creierul emoțional". Acesta este inima sistemului nervos central și are sarcina de a veghea asupra binelui tău. Dacă detectează un pericol sau o oportunitate specială – cum ar fi un partener promițător – el te avertizează printr-o secreție hormonală. Senzațiile viscerale care urmează (care pot oscila de la o neliniște ușoară până la o senzație de panică similară unei gheare în piept) interferează cu gândurile tale curente și te determină să o apuci într-o direcție diferită, în plan fizic, dar și mental. Chiar și atunci când sunt extrem de subtile, aceste senzații au o influență uriașă asupra deciziilor mai mult sau mai puțin importante pe care le luăm de-a lungul vieții: pentru ce alimente optăm, unde preferăm să dormim și cu cine, ce muzică ne place, dacă optăm pentru grădinărit sau pentru cântatul într-un cor, cu cine ne împrietenim și pe cine detestăm.

Organizarea celulară și biochimia creierului emoțional sunt mai simple decât cele ale neocortexului, creierul nostru rațional, care evaluează informațiile primite într-o manieră mai globală. În consecință, creierul emoțional trage concluzii pornind de la similitudinile empirice, spre deosebire de cel rațional, care este organizat astfel încât să sorteze un set mai complex de opțiuni. (Exemplul clasic dat

de manuale este cel în care sari înapoi terorizat atunci când vezi un șarpe, pentru a-ți da apoi seama că de fapt nu era decât o frânghie încolăcită pe jos.) Creierul emoțional inițiază planuri de salvare preprogramate, de genul reacției „luptă sau fugi". Aceste reacții musculare și fiziologie sunt automate, fiind puse în mișcare fără niciun gând și fără nicio planificare conștientă, lăsând creierul rațional să se prindă din mers ce se întâmplă, de multe ori după ce amenințarea a trecut.

În sfârșit, ajungem la partea cea mai de sus a creierului, neocortexul. Aceasta se regăsește și la celelalte mamifere, dar este mult mai gros la oameni. În cel de-al doilea an de viață încep să se dezvolte rapid lobii frontali, care alcătuiesc grosul neocortexului. Filozofii din antichitate numeau primii șapte ani de viață „vârsta rațiunii". Pentru noi, clasa întâi reprezintă preludiul lucrurilor care vor urma, al unei vieți organizate în jurul capacităților lobilor frontali: statul în liniște; controlul asupra sfincterelor; folosirea cuvintelor în locul acțiunilor rebele; înțelegerea ideilor abstracte și simbolice; planificarea pentru ziua de mâine; și punerea la unison cu profesorii și cu colegii de clasă.

Lobii frontali guvernează calitățile care ne fac unici în universul animalelor. Ei ne permit să folosim limbajul și gândirea abstractă, conferindu-ne capacitatea de a absorbi și de a integra cantități uriașe de informații, dar și de a le atașa semnificații. Deși în ultima vreme s-a făcut mult tapaj pe tema capacității lingvistice a cimpanzeilor și a maimuțelor macac, realitatea este că numai oamenii pot gestiona cuvintele și simbolurile necesare pentru a crea contextul comun, spiritual și istoric care le modelează viața.

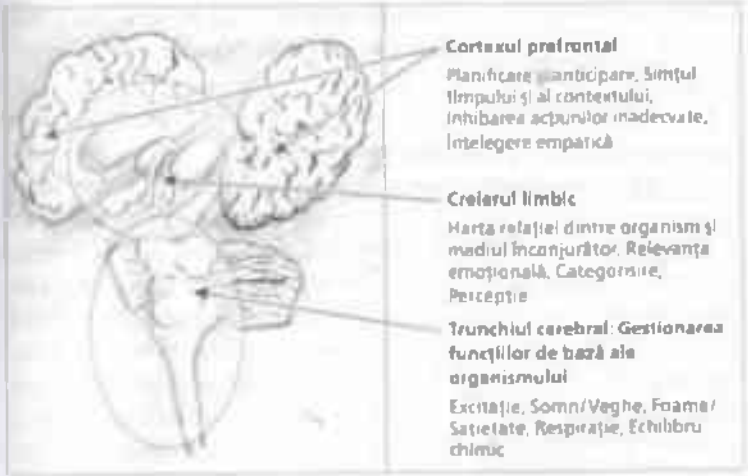
Lobii frontali ne permit să ne facem planuri și să reflectăm, să ne imaginăm scenarii viitoare și să le punem în aplicare. Ei ne ajută să prezicem ce se va întâmpla dacă vom urma un anumit curs de acțiune (de pildă, dacă vom depune o cerere de angajare într-un anumit loc de muncă) sau dacă vom neglija un altul (de pildă, dacă nu ne plătim chiria). Ne ajută de asemenea să facem alegeri și să ne folosim de uimitoarea noastră creativitate. Generațiile succesive de lobi frontali care au colaborat între ele au creat întreaga noastră cultură, conducându-ne de la folosirea bârcilor rudimentare, a căruțelor trase de cai și a scrisorilor la crearea de avioane, mașini hibride și e-mailuri, ba chiar la trambulina lui Noam, care ar putea salva vieți!

OGLINDIREA RECIPROCĂ: NEUROBIOLOGIA INTERPERSONALĂ

Absolut cruciali pentru a înțelege fenomenul traumei, lobii frontali reprezintă inclusiv sediul empatiei – capacitatea noastră de a „simți ce simte altcineva". Una dintre cele mai senzaționale descoperiri ale neuroștiinței moderne s-a produs în anul 1994 când, printr-un accident fericit, un grup de oameni de știință italieni a identificat celulele specializate din cortex care au ajuns să fie cunoscute sub numele de „neuroni-oglindă". Cercetătorii au atașat electrozi de neuronii individuali ai zonei premotorii a unei maimuțe și au monitorizat cu ajutorul unui computer ce neuroni se activează atunci când maimuța ia de jos o alună sau o banană. La un moment dat, unul din experimentatori a pus alimentele într-o cutie și s-a uitat întâmplător pe monitor. Celulele din creierul maimuței s-au activat exact în locurile în care erau localizați neuronii pentru comanda motorie, deși animalul nu mânca și nu se mișca, ci doar se uita la cercetător. Creierul său oglindea cu fidelitate acțiunile acestuia.

Au urmat numeroase alte experimente în întreaga lume, și în scurt timp a devenit clar că neuronii-oglindă explică multe aspecte neînțelese până recent ale minții, cum ar fi empatia, imitația, rezonanța și chiar dezvoltarea limbajului. Un autor a comparat neuronii-oglindă cu un „WiFi neuronal" care ne ajută să receptăm nu doar mișcările altei persoane, ci și starea ei emoțională și intențiile sale. Atunci când doi oameni se pun la unison unul cu celălalt, ei au tendința să stea în picioare sau așezați în același fel, iar vocile lor capătă același ritm. Pe de altă parte, neuronii-oglindă ne fac vulnerabili la negativitatea semenilor noștri, făcându-ne să reacționăm prin furie la furia altcuiva sau să cădem în depresia sa. Vom mai discuta în această carte despre neuronii-oglindă, căci trauma presupune invariabil tendința de a nu te lăsa văzut, oglindit și imitat. Prin urmare, tratamentul trebuie să reactiveze capacitatea de a-i oglindi în siguranță pe ceilalți și de a te lăsa oglindit de ei, dar și de a te opune imitării emoțiilor negative ale celor din jur.

Așa cum a învățat (pe calea cea grea) orice om care a lucrat cu oameni care au creierul deteriorat sau care a avut grijă de părinți care suferă de demență, funcționarea corectă a lobilor frontali este crucială pentru a avea relații armonioase cu ceilalți oameni. Înțelegerea


Cortexul prefrontal
Planificare, anticipare, Simțul timpului și al contextului, Inhibarea acțiunilor inadecvate, Înțelegere empatică
Creierul limbic
Harta relației dintre organism și mediul înconjurător, Relevanța emoțională, Categorisire, Percepție
Trunchiul cerebral: Gestionarea funcțiilor de bază ale organismului
Excitație, Somn/Veghe, Foame/Sațietate, Respirație, Echilibru chimic

Triplul Creier. Creierul se dezvoltă de jos în sus. Creierul reptilian se dezvoltă încă din pântecul matern și organizează funcțiile de bază care susțin viața. El este foarte sensibil la amenințări de-a lungul întregii noastre vieți. Sistemul limbic este organizat în principal în primii șase ani de viață, dar continuă să evolueze în funcție de experiențele trăite. Traumele pot avea un impact major asupra funcționării sale de-a lungul vieții. Cortexul prefrontal se dezvoltă ultimul. Este afectat la rândul lui de expunerea la traumă, nemaifiind capabil să filtreze informațiile irelevante. De-a lungul vieții, este vulnerabil și se poate bloca în fața amenințărilor.

faptului că ceilalți oameni pot gândi și simți diferit față de ei reprezintă un pas uriaș în dezvoltarea copiilor cu vârsta de doi sau trei ani. Ei învață să înțeleagă motivațiile celorlalți, astfel încât să se poată adapta și rămâne în siguranță într-un grup de oameni care au percepții, așteptări și valori diferite. Fără doi lobi frontali activi și flexibili, oamenii devin victimele obișnuințelor lor, iar relațiile lor devin superficiale și rutiniere. Ei nu sunt capabili de inovații și de invenții, de descoperiri și de minunare.

Lobii noștri frontali ne pot împiedica (uneori, nu întotdeauna) să facem lucruri care ne fac să ne rușinăm sau care îi rănesc pe ceilalți. Astfel, noi nu trebuie să mâncăm de fiecare dată când ne este foame, nu trebuie să sărutăm automat pe cineva care ne trezește dorința sexuală și nu trebuie să izbucnim întotdeauna atunci când ne înfuriem. Marea majoritate a problemelor noastre apar atunci când ne aflăm la limita dintre impulsivitate și comportamentul acceptabil. Cu

cât comenzile senzoriale și viscerale primite de la creierul emoțional sunt mai intense, cu atât mai redusă este capacitatea creierului rațional de a interfera cu ele.

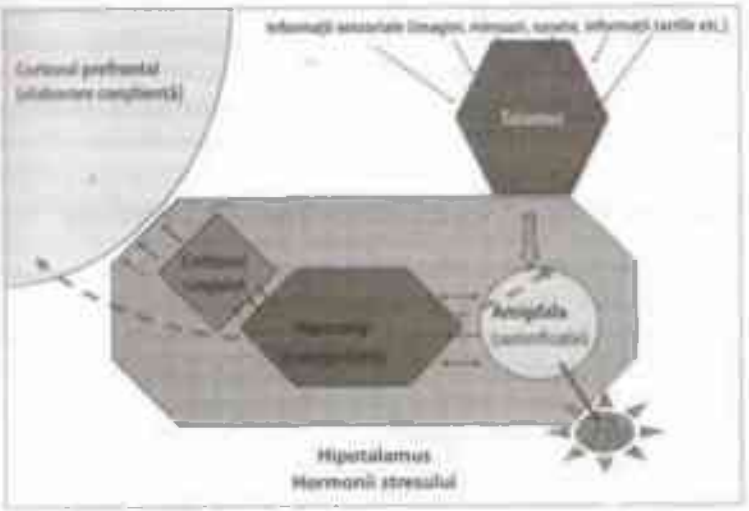
IDENTIFICAREA PERICOLULUI: BUCĂTARUL ȘI DETECTORUL DE FUM

Pericolul reprezintă un aspect normal al vieții, iar creierul are sarcina de a-l detecta și de a ne supraveghea reacțiile în fața lui. Informațiile senzoriale referitoare la lumea exterioară ne parvin prin intermediul ochilor, nasului, urechilor și pielii. Aceste senzații converg în talamus, zona din interiorul sistemului limbic care acționează precum un „bucătar" în interiorul creierului. Talamusul amestecă toate informațiile primite de la simțurile noastre de percepție într-o supă autobiografică, un fel de experiență integrată și coerentă de gen „asta mi se întâmplă acum". Senzațiile sunt transmise apoi în două direcții: în jos, către amigdală – două structuri mici în formă de migdală (de unde și numele) aflată adânc în interiorul creierului limbic inconștient; și în sus, către lobii frontali, unde ajung la atenția noastră conștientă. Neurologul Joseph LeDoux numește calea ce conduce către amigdală „calea inferioară", care este extrem de rapidă, iar cea care conduce către cortexul frontal „calea superioară", care are nevoie de câteva milisecunde în plus, deși ne aflăm în mijlocul unei experiențe amenințătoare copleșitoare. Totuși, informațiile procesate de talamus pot fi divizate. Imaginile, sunetele, mirosurile și atingerile sunt codificate ca fragmente izolate și disociate, caz în care procesarea normală a memoriei se dezintegrează. Timpul încremenește, iar pericolul din momentul prezent pare să dureze de-a pururi.

Funcția centrală a amigdalei, pe care eu o numesc detectorul de fum al creierului, este de a identifica în ce măsură sunt relevante informațiile primite pentru supraviețuirea noastră. Ea face acest lucru rapid și automat, cu ajutorul feedbackului primit de la hipocamp, o structură din apropiere care asociază noile informații cu experiențele mai vechi. Dacă amigdala percepe o amenințare, cum ar fi coliziunea potențială cu un vehicul care se îndreaptă către noi sau o persoană care trece pe stradă și care ni se pare amenințătoare, ea le transmite hipotalamusului și trunchiului cerebral un mesaj instantaneu, determinând sistemul hormonilor stresului și sistemul nervos autonom

(SNA) să orchestreze o reacție generalizată a întregului organism. Dat fiind că amigdala procesează mai rapid informațiile primite de la talamus decât lobii frontali, ea este cea care decide dacă informațiile primite reprezintă o amenințare pentru supraviețuirea noastră, chiar înainte de a fi plenar conștienți de pericol. Până când ne dăm seama ce se întâmplă, corpul nostru s-a pus deja în mișcare.

Semnalele de pericol ale amigdalei declanșează secreția puternicilor hormoni ai stresului, inclusiv a cortizolului și a adrenalinei, care cresc pulsul, tensiunea și ritmul respirator, pregătindu-ne pentru a riposta sau pentru a fugi. După ce pericolul a trecut, corpul revine



Creierul emoțional este primul care interpretează informațiile primite. Informațiile senzoriale referitoare la mediul înconjurător și la starea corpului, primite prin intermediul ochilor, urechilor, atingerii, simțului kinestetic etc., converg în talamus, unde sunt procesate, iar apoi transmise amigdalei, care le interpretează semnificația emoțională. Acest proces se derulează cu viteza luminii. Dacă amigdala detectează o amenințare, ea transmite hipotalamusului mesajul de a secreta hormoni ai stresului, pentru a ne apăra împotriva amenințării percepute. Neurologul Joseph LeDoux numește această cale neuronală „calea inferioară". A doua cale neuronală, cea superioară, trece prin talamus, hipocamp și cortexul cingulat anterior, și ajunge în cortexul prefrontal – creierul nostru rațional – care dă informațiilor o interpretare conștientă și mult mai rafinată. Procesul durează însă cu câteva microsecunde în plus. Dacă interpretarea amenințării de către amigdală este prea intensă și/sau dacă sistemul de filtrare din zonele superioare ale creierului este prea slab, așa cum se întâmplă adeseori în cazul SSPT, oamenii își pierd controlul în favoarea reacției automate de urgență, cum ar fi jocul prelungit sau izbucnirea agresivă.

destul de rapid la starea sa normală. Dacă procesul de recuperare este însă blocat, corpul continuă să fie setat pe autoapărare, fapt care conduce la agitație și la excitație nervoasă.

Deși detectorul de fum este în general util pentru depistarea pericolelor potențiale, trauma amplifică riscul de interpretare greșită a indiciilor referitoare la siguranța sau pericolul unei situații date. Un om traumatizat nu se poate înțelege cu alți oameni decât dacă își poate da seama cu precizie dacă intențiile acestora sunt benefice sau periculoase pentru el. Chiar și cea mai mică interpretare eronată poate conduce la o confuzie dureroasă referitoare la relațiile cu membrii familiei sau cu colegii de muncă. Funcționarea eficientă într-un loc de muncă sau într-un cămin plin de copii neastâmpărați presupune capacitatea de a evalua rapid ce simt ceilalți oameni și de a-ți adapta incontinuu comportamentul în funcție de trăirile lor. Sistemele eronate de alarmă conduc la izbucniri sau la blocări ca reacție la cele mai nevinovate comentarii sau expresii faciale.

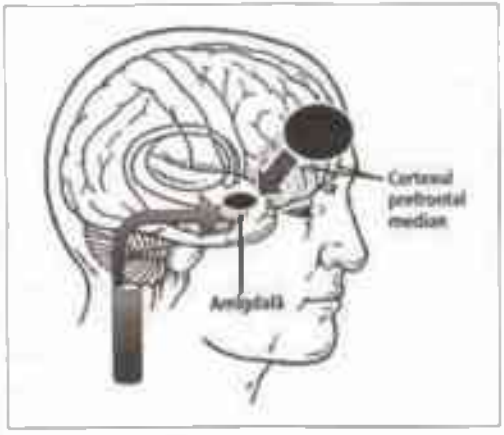
CONTROLUL REACȚIEI LA STRES: TURNUL DE VEGHE

Dacă amigdala reprezintă detectorul de fum din interiorul creierului, lobii frontali – și îndeosebi cortexul prefrontal median (CPFM), localizat chiar deasupra ochilor – pot fi priviți ca un turn de veghe, care permite o vedere de ansamblu a situației privite de sus. Este fumul simțit indiciul că ți-a luat foc casa și că trebuie să fugi cât mai rapid afară, sau provine el de la o friptură pe punctul de a se arde? Amigdala nu este capabilă să facă o astfel de evaluare. Ea te pregătește doar pentru a riposta sau pentru a fugi, înainte ca lobii frontali să aibă șansa de a cântări situația. Dacă nu ești foarte agitat, lobii frontali pot restabili cu ușurință starea de echilibru, ajutându-te să înțelegi că a fost o alarmă falsă și să renunți la reacția de stres.

În mod obișnuit, capacitățile executive ale cortexului prefrontal le permit oamenilor să observe ce se petrece, să anticipeze ce se va întâmpla dacă vor iniția o anumită acțiune și să facă o alegere conștientă. Capacitatea de a-ți supraveghea calm și obiectiv gândurile, sentimentele și emoțiile (capacitate pe care o voi numi „luciditate" de-a lungul acestei cărți), făcându-ți apoi timp pentru a reacționa, îi permite creierului executiv să inhibe, să organizeze și să modifice reacțiile automate preprogramate în creierul emoțional. Această

capacitate este absolut crucială pentru prezervarea relațiilor cu semenii noștri. Atât timp cât lobii noștri prefrontali lucrează corect, este foarte greu să ne pierdem cumpătul ori de câte ori un ospătar întârzie să ne ia sau comanda sau suntem puși să așteptăm la telefon de către un agent de asigurări. (Același turn de veghe ne spune că mânia și amenințările celorlalți oameni sunt o funcție a stării *lor* emoționale.) Atunci când acest sistem se gripează, noi devenim asemeni unor animale condiționate: de îndată ce depistăm un pericol, intrăm automat în modul „luptă sau fugi".

În cazul SSPT, echilibrul critic dintre amigdală (detectorul de fum) și CPFM (turnul de veghe) se schimbă radical, fapt care îngreunează enorm controlul emoțiilor și impulsurilor. Studiile bazate pe imagini neurologice ale ființelor umane aflate în stări intens emoționale arată că frica, tristețea și mânia intensă amplifică activarea regiunilor subcorticale ale creierului implicate în emoții și reduc semnificativ activitatea diferitelor zone ale lobului frontal, îndeosebi CPFM. Atunci când se întâmplă acest lucru, capacitățile inhibitorii ale lobului frontal se blochează, iar oamenii „se lasă în seama simțurilor lor": ei tresar la cel mai mic zgomot, se înfurie la cea mai mică frustrare sau încremenesc atunci când sunt atinși de altcineva.



De sus în jos sau de jos în sus. Structurile din creierul emoțional decid ceea ce noi percepem ca fiind periculos sau nu. Există două modalități prin care sistemul detecției amenințărilor poate fi schimbat: de sus în jos, prin intermediul mesajelor modulatoare ale creierului prefrontal median (nu doar ale cortexului prefrontal), sau de jos în sus, prin creierul reptilian, care operează prin intermediul respirației, mișcării și atingerii.

Gestionarea eficientă a stresului depinde de obținerea unui echilibru între detectorul de fum și turnul de veghe. Dacă dorești să îți gestionezi mai bine emoțiile, creierul tău îți oferă două opțiuni: poți învăța să le reglezi de sus în jos sau de jos în sus.

Cunoașterea diferenței dintre reglarea de sus în jos și cea de jos în sus este foarte importantă pentru înțelegerea și tratarea stresului traumatic. Reglarea de sus în jos presupune întărirea capacității turnului de veghe de a monitoriza senzațiile corpului. Meditația lucidității și yoga ne pot ajuta în această direcție. Reglarea de jos în sus presupune recalibrarea sistemului nervos autonom (care, așa cum am văzut, își are originea în trunchiul cerebral). Noi putem accesa SNA prin intermediul respirației, al mișcării sau al atingerii. Respirația este una din puținele funcții corporale care poate fi controlată atât conștient, cât și autonom. În partea a cincea a cărții vom explora anumite tehnici specifice pentru îmbunătățirea procesului de reglare a emoțiilor de sus în jos sau de jos în sus.

CĂLĂREȚUL ȘI CALUL

Până atunci, doresc să subliniez că emoțiile nu se opun neapărat rațiunii. Dimpotrivă, ele conferă valoare experiențelor noastre, fiind însuși fundamentul rațiunii. Experiența identității noastre de sine este rezultatul echilibrului dintre creierul nostru rațional și cel emoțional. Atunci când aceste două sisteme se află într-o stare de echilibru, noi „ne simțim noi înșine". În schimb, atunci când miza este supraviețuirea noastră, cele două sisteme pot funcționa relativ independent.

Spre exemplu, dacă te afli la volanul mașinii și discuți cu un prieten, iar vederea ta periferică surprinde un camion care se apropie periculos de tine, tu îți întrerupi brusc conversația, apeși pe frână și întorci volanul astfel încât să eviți pericolul. Dacă acțiunea ta instinctivă te-a făcut să eviți coliziunea, salvându-ți viața, poți relua conversația de unde ai întrerupt-o. Această posibilitate depinde în mare măsură de rapiditatea reacției tale viscerale în fața amenințării.

Neurologul Paul MacLean, care a creat modelul celor trei creiere pe care l-am folosit mai sus, a comparat relația dintre creierul rațional și cel emoțional cu cea dintre un călăreț mai mult sau mai puțin competent și calul său agitat. Atât timp cât vremea este frumoasă și calea

...netedă, călăreţului i se pare că deţine perfect controlul asupra animalului său, dar un sunet neaşteptat sau perceperea unei ameninţări din partea altor animale poate face calul să se cabreze şi să o ia la goană, forţând călăreţul să se ţină bine în şa, pentru a-şi salva propria viaţă. Într-o manieră similară, atunci când cineva simte că viaţa îi este pusă în pericol sau este cuprins de furie, de dor, de frică ori de o dorinţă sexuală copleşitoare, el nu mai ascultă de vocea raţiunii, aşa că este inutil să te cerţi cu el sau să încerci să îl convingi să nu facă ceea ce face. Atunci când sistemul limbic decide că o problemă este o chestiune de viaţă şi de moarte, căile dintre lobii frontali şi sistemul limbic devin extrem de fragile.

De regulă, psihologii încearcă să îi ajute pe oameni prin folosirea înţelegerii pentru a-şi gestiona mai bine comportamentul. Cercetările din domeniul neuroştiinţei au arătat însă că foarte puţine probleme psihologice sunt rezultatul unei înţelegeri greşite. Cele mai multe dintre ele îşi au originea în regiunile mai profunde ale creierului, care controlează percepţia şi atenţia. Atunci când cloporul de alarmă al creierului emoţional continuă să îţi semnaleze că te afli în pericol, niciun argument raţional nu îl va reduce vreodată la tăcere. Acest lucru îmi aduce aminte de o comedie în care un recidivist pentru a şaptea oară laudă în cadrul unui program de gestionare a mâniei virtuţile tehnicilor pe care le-a învăţat: „Acestea sunt fabuloase şi dau rezultate excelente – atât timp cât nu eşti cu adevărat furios."

Atunci când creierul nostru emoţional şi cel raţional se află în conflict (de pildă, atunci când suntem furioşi pe cineva care ne este drag, speriaţi de cineva de care depindem sau când suntem atraşi de o persoană de care nu ne putem apropia), în noi se dă o luptă puternică. Teatrul de război este cel al experienţei viscerale – intestinele, inima şi plămânii – şi conduce în egală măsură la un disconfort fizic şi la o suferinţă psihică. În capitolul 6 vom discuta pe larg despre interacţiunea dintre creier şi organe în condiţii de siguranţă sau de pericol, aceasta fiind una din cheile înţelegerii numeroaselor manifestări fizice ale traumei.

Doresc să închei acest capitol prin examinarea altor două imagini obţinute prin scanarea creierului, care ilustrează câteva din principalele caracteristici ale stresului traumatic: retrăirea atemporală a experienţei; reexperimentarea imaginilor, sunetelor şi emoţiilor; şi disocierea.

CREIERELE TRAUMATIZATE ALE LUI STAN ȘI UTE

Într-o dimineață frumoasă de septembrie din anul 1999, Stan și Ute Lawrence, un cuplu de profesioniști în jur de 40 și ceva de ani, au plecat cu mașina din casa lor din London, Ontario, pentru a participa la o întâlnire de afaceri din Detroit. Pe la jumătatea drumului, ei au intrat într-o zonă de ceață densă, care le-a redus vizibilitatea până la zero într-o fracțiune de secundă. Stan a apăsat imediat pe frână și s-a oprit într-un refugiu de pe marginea autostrăzii, evitând astfel la mustață un camion uriaș. Un camion cu 18 roți care venea din spate nu a mai apucat însă să frâneze, lovindu-i și împingându-i în mașinile din față. Unii oameni au ieșit din mașini și au încercat să se îndepărteze de ele pentru a-și salva viața, dar au fost acroșați de vehiculele prinse în ambuteiaj. Cu fiecare nouă ciocnire produsă în spatele lor, cei doi erau convinși că aceasta va fi cea care le va lua viața. Stan și Ute au rămas captivi în mașina cu numărul 13 dintr-un ambuteiaj în care au fost implicate 87 de autovehicule – cel mai mare dezastru pe o autostradă din istoria Canadei.

În final, s-a lăsat o tăcere sinistră. Stan s-a luptat să deschidă portierele și geamurile mașinii, dar acestea erau blocate de camionul cu 18 roți implicat în coliziune. Subit, cineva a început să le bată în acoperiș. O fată a început să strige: „Scoateți-mă de aici – Am luat foc!" Neajutorați cei doi au privit-o murind în incendiul care i-a mistuit mașina. În continuare, un șofer de camion s-a urcat pe mașina lor, cu un extinctor în mână. El a spart parbrizul mașinii pentru a-i elibera, iar Stan a ieșit prin spărtură. Când s-a întors ca să își ajute soția, el a văzut-o pe Ute complet incremenită pe scaunul ei. Împreună cu șoferul de camion, Stan a scos-o din mașină, iar o ambulanță sosită la fața locului i-a dus la spitalul de urgență. În afara câtorva răni ușoare, cei doi au scăpat aproape neatinși din punct de vedere fizic.

Când au ajuns acasă, în seara zilei respective, nici Stan nici Ute nu au putut să adoarmă, convinși că dacă se vor lăsa pradă somnului, vor muri. Amândoi erau iritabili, agitați și la limita unei prăbușiri nervoase. În acea seară și în zilele următoare, ei au băut o cantitate serioasă de vin, pentru a-și amorți această teamă. Nu puteau bloca însă imaginile care îi hărțuiau și întrebările de gen: ce s-ar fi întâmplat dacă ar fi plecat mai devreme? Dacă nu s-ar fi oprit ca să facă plinul la benzină? La trei luni după accident, ei au apelat la ajutorul

profesionist al dr. Ruth Lanius, o psihiatră de la Universitatea din Ontario de Vest.

Dr. Lanius, care fusese studenta mea la Centrul pentru Traume cu câțiva ani în urmă, le-a spus lui Stan și lui Ute că dorește să le vizualizeze creierele cu un aparat de scanat fMRI (RMN) înainte de începerea tratamentului. Aparatul fMRI măsoară activitatea neuronală prin depistarea schimbărilor produse la nivelul fluxului de sânge din creier, și spre deosebire de PET (tomografia cu emisie de pozitroni), nu necesită o expunere la radiații. Dr. Lanius a folosit același aparat de scanare pe care l-am avut noi la Harvard, care putea capta imaginile, sunetele, mirosurile și alte senzații pe care le-au experimentat Stan și Ute când erau captivi în mașină.

Stan a intrat primul în aparatul de scanat și a avut imediat o amintire recurentă, la fel ca Marsha în timpul studiului de la Harvard. El a ieșit din aparat transpirat, cu inima gonindu-i nebunește și cu tensiunea până la cer. „Exact așa m-am simțit în timpul accidentului, i-a spus el dr. Ruth. Eram convins că voi muri și că nu puteam face absolut nimic pentru a mă salva." În loc să își amintească accidentul ca pe ceva petrecut cu trei luni în urmă, Stan l-a retrăit pur și simplu.

DISOCIEREA ȘI RETRĂIREA

Disocierea este însăși esența traumei. Experiența copleșitoare este divizată și fragmentată, astfel încât emoțiile, sunetele, imaginile, gândurile și senzațiile fizice asociate cu trauma capătă o viață personală a lor. Fragmentele senzoriale ale memoriei interferează cu momentul prezent, fiind retrăite efectiv. Atât timp cât trauma nu este rezolvată, hormonii stresului pe care îi secretă corpul pentru a se proteja continuă să circule prin organism, iar mișcările defensive și reacțiile emoționale sunt reiterate la infinit. Spre deosebire de Stan însă, foarte mulți oameni nu sunt conștienți de conexiunea dintre sentimentele și reacțiile lor „nebunești", pe de o parte, și evenimentele traumatice care sunt reiterate, pe de altă parte. Ei nu au nicio idee de ce reacționează așa cum o fac la un motiv minor de iritare, ca și cum ar fi pe punctul de a fi anihilați.

Dintr-un anumit punct de vedere, amintirile recurente și retrăirea lor sunt chiar mai terifiante decât trauma însăși. Un eveniment traumatic are un început și un sfârșit, deci se încheie la un moment

dat, dar pentru cei care suferă de SSPT, o amintire recurentă poate apărea în orice moment, indiferent dacă sunt treji sau dorm. Nu există nicio modalitate de a şti când se va repeta ea sau cât timp va dura data viitoare. Oamenii care suferă de amintiri recurente îşi organizează adeseori viaţa încercând să se protejeze împotriva lor. Unii merg compulsiv la sala de forţă, trăgând de fiare (deşi descoperă că nu sunt niciodată suficient de puternici); alţii îşi amorţesc simţurile cu ajutorul drogurilor sau încearcă să cultive o senzaţie iluzorie de control în situaţii extrem de periculoase (cum ar fi cursele de motociclete, săriturile cu coarda elastică – bungee jumping ori lucrul ca şofer de ambulanţă). Lupta constantă cu un pericol invizibil este epuizantă şi îi lasă obosiţi, deprimaţi şi agitaţi.

Atunci când elementele traumei sunt reiterate la infinit, hormonii stresului care le însoţesc gravează din ce în ce mai profund în minte aceste amintiri. Evenimentele obişnuite de zi cu zi le sunt din ce în ce mai indiferente acestor oameni. Nemaifiind capabili să se implice cu adevărat în ceea ce se întâmplă în jurul lor, ei nu se mai simt cu adevărat vii. Le este din ce în ce mai greu să simtă bucuriile şi neplăcerile vieţii de zi cu zi sau să se concentreze asupra lucrurilor pe care le au de făcut. Nefiind cu adevărat integraţi în momentul prezent, ei rămân captivi în trecut.

Reacţiile declanşate se pot manifesta în diferite feluri. Veteranii pot reacţiona ca şi cum s-ar afla pe câmpul de luptă la cel mai mic factor de activare, cum ar fi trecerea peste un mic dâmb pe stradă sau vederea unor copii care se joacă. Victimele abuzurilor sexuale în copilărie îşi pot amorţi sexualitatea, simţindu-se extrem de ruşinate dacă se simt excitate de diferite senzaţii sau imagini care le reamintesc de molestarea lor, chiar dacă acestea reprezintă simple plăceri naturale asociate cu diferite părţi corporale. Dacă sunt forţaţi să discute despre experienţele lor, supravieţuitorii traumelor reacţionează fie prin creşterea tensiunii, fie prin apariţia unei migrene. Alţii se închid emoţional şi ajung să nu mai simtă nimic, nici chiar schimbările fiziologice evidente care se petrec în organismul lor. În laborator, noi nu avem nicio problemă în a detecta accelerarea dramatică a pulsului lor sau hormonii stresului care circulă prin organismul lor.

Aceste reacţii sunt iraţionale şi în mare măsură de necontrolat. Impulsurile şi emoţiile intense îi înnebunesc pe oameni, făcându-i să simtă că nu mai aparţin rasei umane. Indiferenţa în timpul

petrecerilor date pentru copiii lor sau al înmormântării unei persoane dragi îi face să se simtă niște monștri. În consecință, rușinea devine emoția lor dominantă, ascunzând adevărul referitor la problemele care îi preocupă cu adevărat.

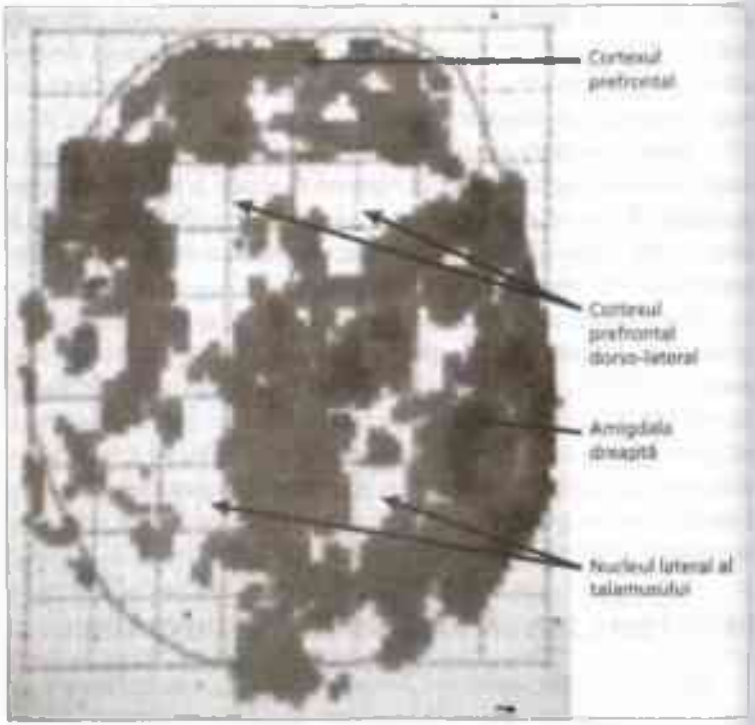
Marea majoritate a acestor oameni nu știu de unde li se trage alienarea lor. Acesta este rolul psihoterapiei: să scoată la lumină emoțiile generate de traumă pentru a putea simți din nou. Pe scurt, sistemul de percepție a amenințărilor din creier se modifică, iar reacțiile fizice sunt dictate de amprenta rămasă din trecut.

Trauma care a început cândva „în exterior" se derulează acum pe câmpul de luptă al propriului corp, de regulă fără vreo conexiune conștientă între ceea ce s-a întâmplat atunci și ceea ce se întâmplă în prezent. Marea provocare nu constă atât în a învăța să accepți lucrurile teribile care ți s-au întâmplat, cât în a învăța să îți redobândești controlul asupra senzațiilor tale interne și asupra emoțiilor tale. Conștientizarea, numirea și identificarea lucrurilor care se petrec în interiorul tău reprezintă primul pas către recuperare.

DETECTORUL DE FUM RĂMÂNE ACTIVAT ÎNCONTINUU

Imaginea luată creierului lui Stan arată ce s-a întâmplat în acesta în timpul amintirii sale recurente legate de trauma prin care a trecut. Așa arată o traumă retrăită în interiorul creierului (pag. 86) zona puternic luminată din colțul din dreapta jos, zona goală din stânga jos și cele patru găuri albe simetrice din jurul centrului. (Este ușor să recunoști amigdala luminată și emisfera stângă deconectată din studiul de la Harvard, despre care am discutat în capitolul 3.) Amigdala lui Stan nu făcea nicio distincție între trecut și prezent. Ea s-a activat ca și cum accidentul mașinilor s-ar fi petrecut chiar în interiorul scanerului, declanșând puternicii hormoni ai stresului și reacțiile sistemului nervos. Acestea l-au făcut să transpire abundent și să tremure, accelerându-i pulsul și crescându-i tensiunea. Aceste reacții ar fi normale, dar numai dacă un camion s-ar ciocni în momentul de față cu mașina ta.

Este important să ai un detector de fum eficient, căci nimeni nu dorește să fie prins într-un incendiu devastator, dar dacă te apucă nebunia ori de câte ori simți un miros de fum, procesul poate deveni extrem de perturbator. Într-adevăr, este important să sesizezi când



Imaginea luată unei amintiri traumatice recurente cu ajutorul aparatului fMRI (RMN). Observă zona dreaptă a creierului, care este mult mai activă decât cea stângă.

cineva este supărat pe tine, dar dacă amigdala ta intră într-o stare de frenezie, există riscul să devii cronic speriat de faptul că oamenii te urăsc sau au ceva cu tine, dorind să îți facă rău.

COLAPSUL CRONOMETRULUI

După accident, Stan și Ute au devenit hipersensibili și iritabili, fapt care sugerează că cortexul lor prefrontal avea probleme în a-și păstra controlul în condiții de stres. Amintirile recurente ale lui Stan au determinat o reacție mai extremă.

Cele două zone albe din partea din față a creierului (partea de sus a imaginii) reprezintă partea dreaptă și cea stângă a cortexului

prefrontal dorso-lateral. Atunci când aceste zone sunt dezactivate, oamenii își pierd simțul timpului și rămân captivi în momentul prezent, fără a mai percepe distinct trecutul, prezent și viitorul.

Există două sisteme cerebrale relevante pentru procesarea mentală a traumelor: cele care guvernează intensitatea emoțională și contextul. Intensitatea emoțională este definită de detectorul de fum – amigdala – și de contraponderea sa: turnul de veghe – cortexul prefrontal median. Contextul și semnificația unei experiențe sunt determinate de sistemul care include cortexul prefrontal dorso-lateral (CPFDL) și hipocampul. CPFDL este localizat în partea laterală a creierului frontal, în timp ce CPFM se află în centru. Structurile situate de-a lungul liniei de mijloc a creierului sunt dedicate experiențelor personale ale propriului sine, în timp ce cele laterale sunt mai preocupate de relația cu mediul înconjurător.

CPFDL ne spune în ce fel este asociată experiența prezentă cu cele din trecut și cum ne poate influența ea viitorul. Prin urmare, ne putem gândi la el ca la un fel de cronometru al creierului. Gândul că ceea ce se întâmplă este limitat în timp și mai devreme sau mai târziu se va încheia face ca o experiență neplăcută să devină mai tolerabilă. Opusul acestei afirmații este la fel de adevărat: situațiile care par interminabile sunt percepute ca fiind intolerabile. Cei mai mulți dintre oameni știu din experiența personală că durerea sufletească profundă este însoțită de sentimentul că nu va dispărea niciodată și că nu vor putea depăși vreodată pierderea suferită. Trauma este experiența supremă care „durează pentru totdeauna".

Imaginea scanată a creierului lui Stan arată de ce nu se pot recupera oamenii în urma unei traume decât atunci când structurile lor cerebrale date peste cap de experiența traumatică (și care justifică înregistrarea traumei de către creier) își regăsesc starea de echilibru. Reamintirea trecutului în ședințele de psihoterapie ar trebui făcută numai atunci când oamenii sunt ferm ancorați – biologic vorbind – în momentul prezent, simțindu-se cât mai calmi, în siguranță și centrați în sinele lor. (A fi „centrat" înseamnă a simți presiunea scaunului pe care stai exercitată asupra feselor tale, a vedea lumina care pătrunde pe fereastră și a auzi vântul care șuieră printre frunzele copacilor.) Ancorarea în momentul prezent în timpul reamintirii traumei îi permite pacientului să înțeleagă faptul că teribilele evenimente s-au petrecut în trecut, nemaifiind

actuale. Pentru ca acest lucru să devină posibil însă, turnul de veghe, bucătarul și cronometrul creierului trebuie să fie activate. Psihoterapia nu dă rezultate atât timp cât îi menține pe oameni ancorați în trecutul lor.

BLOCAREA TALAMUSULUI

Dacă vei privi încă o dată imaginea scanată a amintirii traumatice recurente a lui Stan, vei vedea două găuri albe în jumătatea de jos a creierului. Acestea ilustrează jumătatea dreaptă și cea stângă a talamusului, care au fost inhibate în timpul amintirii, la fel ca în momentul propriu-zis al traumei. Așa cum am mai spus, talamusul funcționează ca un „bucătar", un fel de releu care colectează senzațiile provenite de la urechi, ochi și piele, integrându-le într-o supă ce reprezintă memoria noastră autobiografică. Inhibarea talamusului explică de ce este reamintită trauma nu ca o simplă poveste cu un început, o parte de mijloc și un sfârșit, ci sub forma unor amprente senzoriale izolate: imagini, sunete și senzații fizice însoțite de emoții intense – de regulă teroarea și neajutorarea.

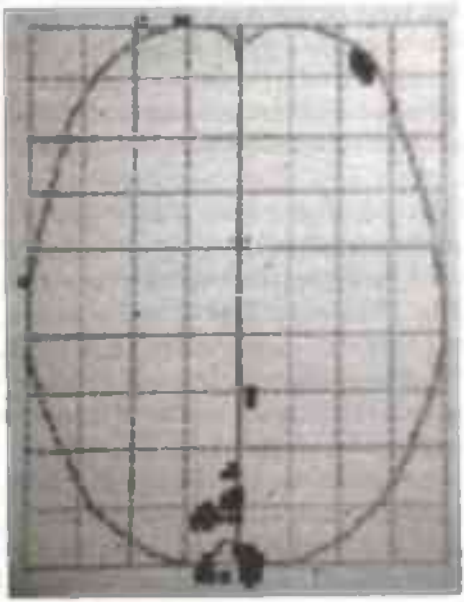
În condiții normale, talamusul acționează inclusiv ca un filtru sau ca un paznic al porților, fiind o componentă centrală a atenției, concentrării și a învățării noi. Toate aceste funcții sunt compromise de traumă. În timp ce citești această carte, este posibil să auzi în fundal muzică sau mașinile din trafic, ori să percepi o senzație în stomac care îți spune că este timpul pentru o gustare. Dacă poți rămâne concentrat asupra lecturii, talamusul te ajută să faci distincția între informațiile senzoriale relevante și cele pe care le poți ignora în siguranță. În capitolul 19, unde vom vorbi despre neurofeedback, vom discuta despre testele pe care le folosim noi pentru a măsura cât de bine funcționează acest sistem de filtrare și cum poate fi întărit el.

Oamenii care suferă de SSPT au porțile ecluzei larg deschise. Neavând niciun filtru, ei sunt suprasolicitați în permanență de informațiile senzoriale pe care le primesc. Pentru a face față situației, ei încearcă să se închidă și își dezvoltă o vedere tunelară și o hiperfocalizare. Dacă nu se pot închide în mod natural, se folosesc de droguri sau de alcool pentru a ține la distanță lumea exterioară. Tragedia este că prețul închiderii include în egală măsură ținerea la distanță a surselor de plăcere și de bucurie.

DEPERSONALIZAREA: DESPRINDEREA DE SINE

Să privim în continuare experiența trăită de Ute, așa cum este ilustrată ea de imaginea scanată a creierului său. Nu toți oamenii reacționează la fel în fața traumei, dar în cazul de față diferența este de-a dreptul dramatică, întrucât Ute se afla chiar lângă Stan în mașina avariată. Ea a reacționat la scenariul traumei sale printr-o amorțire totală: mintea ei a devenit complet goală și aproape toate zonele creierului său au prezentat o descreștere marcantă a activității. Pulsul și tensiunea ei nu au crescut. Când a fost întrebată ce a simțit în timpul scanării, ea a răspuns: „Exact ce am simțit și în momentul accidentului: nimic."

Termenul medical pentru reacția lui Ute este: *depersonalizare*. Orice om care are de-a face cu o persoană (bărbat, femeie sau copil) traumatizată se confruntă mai devreme sau mai târziu cu privirea



Disocierea ca reacție la reamintirea unei traume din trecut. În cazul de față, aproape toate zonele din creier prezintă o activitate redusă, fapt care interferează cu gândirea, focalizarea și orientarea.

sa goală și cu mintea sa absentă, acestea fiind manifestări exterioare ale reacției biologice de încremenire. Depersonalizarea este un simptom al disocierii masive create de traumă. Amintirile recurente ale lui Stan s-au născut din efortul său disperat de a scăpa din accidentul în lanț. Evocate de scenariul traumei, toate senzațiile și emoțiile sale disociate și fragmentate s-au reactivat în momentul prezent. Spre deosebire de Stan, Ute nu a încercat să scape, ci s-a disociat de frica ei și nu a simțit nimic.

Personal, mă confrunt frecvent cu depersonalizarea în cabinetul meu, atunci când pacienții îmi povestesc povești oribile cu o voce complet neutră, aparent indiferentă. Toată energia pare să se scurgă din cabinet, și trebuie să fac un efort colosal ca să continui să fiu atent la ce îmi spun pacienții. Un pacient fără viață te forțează automat să faci un efort mult mai mare pentru a da sens terapiei. Nu de puține ori, m-am rugat sincer la Dumnezeu ca ora de terapie să treacă mai repede.

După ce am văzut RMN-ul lui Ute, am început să îi privesc cu alți ochi pe pacienții mei depersonalizați. În mod evident, având aproape toate părțile creierului blocate, ei nu pot gândi, nu pot simți ceva profund, nu-și pot aduce aminte și nu pot înțelege ce se întâmplă cu ei. În aceste condiții, terapia convențională prin discuții este practic inutilă.

În cazul lui Ute, mi-am dat seama de ce a reacționat aceasta atât de diferit de Stan. Ea a aplicat o strategie de supraviețuire învățată de creierul ei în copilărie, pentru a rezista în fața bătăilor aplicate de mama ei. Tatăl lui Ute a murit când ea avea nouă ani, și începând din acel moment, mama ei s-a purtat extrem de urât cu ea. La un moment dat, Ute a descoperit că își putea goli complet mintea atunci când mama ei țipa la ea. 35 de ani mai târziu, când a rămas captivă în mașina avariată, creierul lui Ute a intrat automat în același mod de supraviețuire, ca și cum ar fi dispărut din peisaj.

Provocarea pentru oamenii ca Ute este să devină lucizi și angajați, sarcină dificilă, dar inevitabilă dacă doresc să își redobândească controlul asupra vieții lor. (Ute s-a recuperat, ba chiar a scris o carte despre experiențele sale și a început un jurnal de succes intitulat *Fitnessul mental.)* În astfel de cazuri, abordarea de jos în sus a terapiei este absolut esențială. Scopul este să îi schimbi pacientului fiziologia, adică relația cu senzațiile sale corporale. La Centrul pentru Traume,

noi lucrăm prin evaluarea pulsului și a tiparului respirator, ajutându-i pe pacienți să evoce și să observe senzațiile corporale pe care le trăiesc prin ciocănirea punctelor de acupunctură. Interacțiunile ritmice cu ceilalți oameni sunt de asemenea eficiente: aruncarea de la unul la altul a unei mingi de plajă, salturile cu o minge de Pilates, bătutul unei tobe sau dansul pe muzică.

Amorțirea sentimentelor este una din fețele monedei SSPT. Numeroși supraviețuitori netratați ai traumelor încep la fel ca Stan, cu amintiri recurente explozive, ajungând la amorțirea sentimentelor mai târziu în viață. Deși retrăirea traumei este dramatică, înspăimântătoare și potențial autodistructivă, pe termen lung absența prezenței poate fi chiar mai nocivă. Această problemă apare îndeosebi la copiii traumatizați. Copiii care se dau în spectacol fac acest lucru pentru a atrage atenția. Cei prea interiorizați nu deranjează pe nimeni, dar își pierd încetul cu încetul orice șansă pe care ar putea-o avea de a-și construi un viitor echilibrat.

CUM SĂ ÎNVEȚI SĂ TRĂIEȘTI ÎN PREZENT

Provocarea tratării traumei nu se referă numai la vindecarea trecutului, ci și la îmbunătățirea calității experienței de zi cu zi. Unul din motivele pentru care amintirile traumatice devin dominante în SSPT este dificultatea de a te simți plenar viu în momentul prezent. Atunci când nu te poți integra plenar în acest moment, te focalizezi automat asupra momentelor în care te-ai simțit viu, chiar dacă acestea sunt caracterizate de oroare și de suferință.

Multe din tratamentele pentru stresul traumatic insistă asupra desensibilizării pacienților în raport cu trecutul lor, astfel încât expunerea la trauma suferită să reducă izbucnirile emoționale și amintirile recurente. Personal, consider că această metodă de tratament nu ține cont de ceea ce se întâmplă în stresul traumatic. Mai presus de orice, noi trebuie să ne ajutăm pacienții să trăiască plenar și să se simtă în siguranță în momentul prezent. În acest scop, noi trebuie să reactivăm acele structuri cerebrale care s-au blocat în momentul traumei. Desensibilizarea te face mai puțin reactiv, dar dacă nu poți simți starea de satisfacție în viața de zi cu zi, de pildă atunci când te plimbi, când gătești sau când te joci cu copiii tăi, viața trece literalmente pe lângă tine.

Capitolul 5

CONEXIUNILE CORP-CREIER

Atunci când spunem viață, vorbim practic de ritm. Noi vibrăm, iar inima noastră pompează sângele. În esență, noi suntem o mașinărie ritmică.

— Mickey Hart

Spre finalul carierei sale, mai exact în anul 1872, Charles Darwin a publicat cartea *Expresia emoțiilor la oameni și animale*. Până recent, majoritatea discuțiilor științifice referitoare la teoriile lui Darwin s-au focalizat asupra cărților *Originea speciilor* (1859) și *Coborârea omului* (1871), dar *Expresia emoțiilor* reprezintă o explorare fără egal a fundamentelor vieții emoționale, plină de anecdote și de observații rezultate din decenii de cercetări, care includ relatări referitoare la copiii și la animalele de companie ale lui Darwin. De asemenea, lucrarea a reprezentat o mare inovație în domeniul cărților ilustrate, fiind una din primele cărți care au inclus fotografii. (La acea vreme, fotografia era o tehnologie relativ nouă, și la fel ca majoritatea oamenilor de știință, Darwin își dorea să aplice tehnicile de ultimă oră pentru a-și susține argumentele.) Cartea poate fi găsită inclusiv în zilele noastre, ultima ediție incluzând o introducere superbă și comentarii ale lui Paul Ekman, un pionier modern al studiului emoțiilor.

Darwin își începe discuția remarcând organizarea fizică specifică tuturor mamiferelor, inclusiv oamenilor – plămânii, rinichii, creierul, organele digestive și cele sexuale, care susțin și perpetuează viața. Deși mulți oameni de știință moderni l-ar acuza probabil pe Darwin de antropomorfism, acesta declară sus și tare, la fel ca mulți iubitori ai animalelor, că: „Omul și animalele superioare… au de asemenea în comun instinctele. La fel ca animalele, oamenii au aceleași simțuri,

intuiție, senzații, pasiuni, afecțiuni și emoții, lucru valabil inclusiv pentru cele mai complexe dintre acestea, cum ar fi gelozia, suspiciunea, emulația, recunoștința și mărinimia. Darwin remarcă faptul că oamenii împărtășesc cu animalele o bună parte din semnele fizice care indică emoțiile. Senzația că ți se ridică părul pe ceafă atunci când te simți speriat sau scrâșnitul dinților atunci când ești furios nu pot fi înțelese decât ca vestigii ale unui proces evoluționist de lungă durată.

„Atunci când un om rânjește sau mârâie la altcineva, el își arată colții caninilor sau caninii superiori celui căruia i se adresează."
— Charles Darwin, 1872

Din perspectiva lui Darwin, emoțiile mamiferelor sunt puternic ancorate în biologie, fiind surse indispensabile ale motivației de a trece la acțiune. Emoțiile (cuvânt care provine din latinescul *emovere* – a te pune în mișcare) conferă formă și direcție acțiunilor noastre, principala lor expresie fiind mușchii feței și ai corpului. Aceste mișcări faciale și fizice le comunică celorlalți starea psihică și intențiile noastre. Astfel, expresiile mâniei și posturile amenințătoare îi fac pe ceilalți să dea înapoi. Tristețea atrage atenția și afecțiunea. Teama semnalează o stare de neajutorare sau ne avertizează de un potențial pericol.

Noi ne dăm instinctiv seama de dinamica dintre doi oameni prin simpla observare a stării lor de spirit – tensionată sau relaxată –, a posturii și tonalității vocii lor sau a expresiei lor faciale. Dacă te uiți la un film într-o limbă pe care nu o cunoști, nu este foarte greu să îți dai seama de calitatea relației dintre eroi. Într-o manieră similară, noi putem citi starea de spirit a altor mamifere (maimuțe, câini sau cai).

Darwin remarcă faptul că scopul fundamental al emoțiilor este de a iniția o punere în mișcare care să conducă din nou organismul la

starea de siguranță și de echilibru fizic. Iată comentariul său asupra originii condiției pe care noi am ajuns să o numim SSPT:

> Comportamentele de evitare sau ferire de pericol au evoluat pentru ca fiecare organism să devină mai competitiv din perspectiva supraviețuirii. Dacă sunt însă prelungite excesiv, animalul este dezavantajat, căci prezervarea speciei presupune reproducerea, care depinde de hrană, adăpost și împerechere, activități aflate la antipodul evitării și fugii de pericol.

Cu alte cuvinte, dacă un organism rămâne blocat în modul de supraviețuire, el își focalizează întreaga energie asupra luptei cu niște dușmani invizibili, nemailăsând astfel loc pentru afecțiune și iubire. În cazul oamenilor, acest lucru înseamnă că atât timp cât mintea se apără împotriva unor atacuri invizibile, legăturile noastre cele mai intime sunt puse în pericol, împreună cu capacitatea noastră de a ne imagina alte scenarii, de a ne face planuri, de a ne juca/distra, de a învăța și de a fi atenți la nevoile altor oameni.

Darwin a descris de asemenea conexiunile corp-creier, care continuă să fie explorate inclusiv în zilele noastre. Emoțiile intense nu implică numai mintea, ci și intestinele și inima: „Inima, intestinele și creierul comunică strâns între ele prin intermediul nervului ‚pneumogastric', un nerv absolut critic, implicat în expresia și în managementul emoțiilor, în egală măsură la animale și la oameni. Atunci când mintea este puternic excitată, ea influențează automat starea organelor interne, care interacționează între ele, dar și cu creierul."

Prima dată când am întâlnit acest pasaj, l-am recitit cu un entuziasm în creștere, conștient că cele mai devastatoare emoții ale noastre sunt cele instinctive („intestinale") și durerile inimii. Atât timp cât o emoție rămâne preponderent în minte, ea este relativ ușor de controlat, dar senzația că ai fost înjunghiat în inimă sau că ai primit un pumn în stomac este insuportabilă. Noi suntem dispuși să facem orice pentru a scăpa de aceste senzații viscerale, încercând să devenim insensibili la ele cu ajutorul drogurilor sau al alcoolului, ori chiar prin tăierea pielii cu lama, pentru a înlocui astfel emoțiile insuportabile cu alte senzații, mai ușor de definit. Oare câte probleme psihice, de la

dependența de droguri până la propria rănire, au la bază încercarea de a scăpa de durerea fizică insuportabilă generată de emoțiile noastre? Dacă Darwin a avut dreptate, înseamnă că soluția constă în a-i ajuta pe oameni să își modifice mediul senzorial intern al corpului lor.

Până recent, această comunicare bidirecțională dintre corp și minte a fost ignorată în mare măsură de știința occidentală, deși a fost considerată absolut esențială în practicile vindecătoare din multe alte părți ale lumii, îndeosebi din India și din China. La ora actuală, ea a ajuns să ne transforme însă înțelegerea referitoare la traumă și la recuperare.

O PRIVIRE ASUPRA SISTEMULUI NERVOS

Toate micile semne pe care le înregistrăm instinctiv în timpul unei conversații – tresăririle și tensiunile reflectate de fața interlocutorului, mișcările ochilor și dilatarea pupilelor, viteza și tonalitatea vocii – precum și fluctuațiile propriului nostru mediu interior – salivarea, înghițirea, respirația și pulsul – sunt conectate cu același sistem reglator. Toate sunt consecința sincronismului dintre cele două ramuri ale sistemului nervos autonom (SNA): sistemul nervos simpatic, care acționează ca un accelerator al corpului, și cel parasimpatic, care funcționează ca o frână. Acestea sunt sistemele „reciproce" de care a vorbit Darwin, care joacă un rol extrem de important în gestionarea fluxului de energie al corpului, unul prin pregătirea organismului pentru consumul acestuia, iar celălalt pentru conservarea lui.

Sistemul nervos parasimpatic (SNP) este responsabil pentru excitație, inclusiv pentru reacția de tip „luptă sau fugi" („comportamentul de scăpare sau evitare" de care a vorbit Darwin). Cu aproape două mii de ani în urmă, medicul roman Galen i-a dat acestui sistem numele de „simpatic", deoarece a remarcat faptul că funcționează la unison cu emoțiile *(sym pathos)*. SNS alimentează mușchii cu sânge, pregătindu-i astfel pentru o acțiune rapidă, inclusiv prin stimularea glandelor suprarenale să secrete adrenalină, care accelerează pulsul și crește tensiunea.

A doua ramură a SNA este sistemul nervos parasimpatic („care se împotrivește emoțiilor"), sau SNP. Acesta susține funcțiile specifice autoconservării, precum digestia și vindecarea rănilor, declanșând un flux de acetilcolină pentru a diminua astfel excitația, pentru a

încetini pulsul, pentru a relaxa mușchii și pentru a readuce la normal respirația. După cum precizează Darwin: „alimentația, adăpostul și împerecherea" depind de SNP.

Există o modalitate simplă de a experimenta personal cele două sisteme. Atunci când inspiri adânc, tu îți activezi SNS. Fluxul de adrenalină care rezultă îți accelerează pulsul, fapt care explică de ce numeroși sportivi respiră adânc și rapid de câteva ori înainte de o competiție. În schimb, expirația activează SNP, care încetinește pulsul. Dacă vei face un curs de yoga sau de meditație, cel mai probabil instructorul te va invita să îți urmărești cu atenție expirația, căci respirațiile adânci și prelungite te pot calma în mare măsură. Atunci când respirăm, noi ne accelerăm și ne încetinim incontinuu inima, motiv pentru care intervalul de timp dintre două bătăi succesive ale inimii nu este niciodată același. Există un test de evaluare numit variabilitatea ratei inimii (HRV), care este folosit pentru a verifica flexibilitatea acestui sistem. Un HRV bun (cu cât fluctuația este mai mare, cu atât mai bine) este un semn că frâna și pedala de accelerație a sistemului de excitație funcționează corect și sunt echilibrate. La clinica noastră, noi am trăit o revelație atunci când am achiziționat un instrument pentru măsurarea HRV, și voi explica în capitolul 16 cum folosim noi HRV pentru a trata SSPT.

CODUL IUBIRII NEURONALE

În anul 1994, Stephen Porges, care în momentul începerii investigației noastre referitoare la HRV era cercetător la Universitatea din Maryland, iar acum lucrează la Universitatea din Carolina de Nord, a emis Teoria Polyvagal, bazată pe observațiile lui Darwin și pe alți 140 de ani de descoperiri științifice. (*Polyvagal* face referire la diferitele ramuri ale nervului vag – așa-numitul „nerv pneumogastric" al lui Darwin – care conectează între ele numeroase organe, inclusiv creierul, plămânii, inima, stomacul și intestinele.) Teoria Polyvagal ne prezintă o înțelegere extrem de sofisticată a biologiei siguranței și pericolului, bazată pe jocul subtil dintre experiențele viscerale ale corpului nostru și vocile și fețele oamenilor din jurul nostru. Ea explică de ce ne poate schimba dramatic starea de spirit o față sau o tonalitate a vocii plină de blândețe, și clarifică faptul că atunci când știm că suntem văzuți și auziți de oamenii importanți din viața noastră, noi

ne simțim automat în siguranță și mai calmi, în timp ce sentimentul că suntem ignorați sau respinși poate precipita reacții de furie sau chiar de colaps mental. Între altele, teoria ne ajută să înțelegem de ce punerea la unison cu o altă persoană ne poate scoate din stările de spirit dezorganizate și speriate.

Pe scurt, teoria lui Porges ne-a determinat să explorăm dincolo de efectele reacției „luptă sau fugi" și să punem relațiile sociale în centrul viziunii noastre legate de traume. Printre altele, ne-a sugerat noi abordări referitoare la vindecare, care insistă asupra întăririi sistemului fiziologic de reglare a excitației.

Ființele umane sunt uimitor de legate de schimbările emoționale subtile ale oamenilor (și animalelor) din jurul lor. Cea mai mică schimbare a formei sprâncenelor, a ridurilor din jurul ochilor, a curburii buzelor și a unghiului gâtului ne semnalează rapid cât de confortabil, de suspicios, de relaxat sau de speriat se simte cineva. Neuronii noștri oglindă înregistrează experiența interioară a semenilor noștri, iar corpul nostru face ajustările necesare, adaptându-se la acestea. Într-o manieră similară, mușchii feței noastre le transmit celorlalți cât de calmi sau de excitați suntem, dacă inima noastră este relaxată sau bubuie nebunește și în ce măsură suntem pregătiți să le ripostăm sau să fugim de ei. Atunci când mesajul pe care îl primim de la altcineva este „Ești în siguranță în preajma mea", ne relaxăm automat. Dacă avem relații armonioase, ne simțim automat hrăniți, susținuți și echilibrați atunci când ne uităm la fața sau în ochii celeilalte persoane.

Cultura în care trăim ne învață să ne focalizăm asupra unicității personale, dar pe un nivel foarte profund noi nu existăm ca organisme individuale. Creierul nostru este construit astfel încât să ne ajute să funcționăm ca membri ai unui trib. Noi facem parte integrantă din tribul respectiv chiar și atunci când suntem singuri, indiferent dacă ascultăm muzică (creată de altcineva), dacă privim la televizor un meci de baschet (caz în care mușchii noștri se contractă automat la unison cu cei ai sportivilor) sau dacă pregătim o prezentare pentru o ședință la locul de muncă (anticipând astfel reacția șefului nostru). Cea mai mare parte a energiei noastre este dedicată conectării cu ceilalți oameni.

Dacă privim dincolo de lista simptomelor specifice care stau la baza diagnosticelor psihiatrice formale, descoperim că aproape toate

formele de suferință mentală presupun fie dificultatea de a ne crea relații satisfăcătoare, fie dificultatea de a ne echilibra starea de excitație (așa cum se întâmplă atunci când ne înfuriem în mod regulat, când ne închidem în noi, când suntem prea excitați sau prea dezorganizați). De cele mai multe ori avem de-a face cu o combinație a celor doi factori. Focalizarea standard a medicinei asupra încercării de a descoperi cel mai potrivit medicament pentru tratarea unei „boli" anume tinde să ne distragă atenția de la maniera în care interferează problemele noastre cu funcționarea noastră ca membri ai tribului.

SIGURANȚĂ ȘI RECIPROCITATE

Acum câțiva ani l-am auzit pe Jerome Kagan, un distins profesor emerit ce predă psihologia copilului la Harvard, spunându-i lui Dalai Lama că pentru fiecare act de cruzime din această lume există sute de mici acte de bunătate și conexiune. Concluzia lui a fost următoarea: „Bunăvoința (în detrimentul relei-voințe) este cel mai probabil o caracteristică a speciei noastre". Capacitatea de a te simți în siguranță în prezența altor oameni este probabil cel mai important aspect (de departe) al stării de sănătate mintală; legăturile sigure sunt esențiale pentru o viață semnificativă și satisfăcătoare. Numeroase studii referitoare la reacția în fața dezastrului, realizate în diferite colțuri ale lumii, au arătat că suportul social reprezintă cea mai puternică protecție împotriva sentimentului copleșitor generat de stres și de traumă.

Suportul social nu este totuna cu simpla prezență în compania altora. Adevărata chestiune este *reciprocitatea:* sentimentul că ești auzit și văzut cu adevărat de oamenii din jurul tău, că ocupi un loc în inima și în mintea lor. Pentru ca fiziologia noastră să se relaxeze, să se vindece și să crească, noi avem nevoie de un sentiment visceral de siguranță. Niciun medic nu poate scrie o rețetă pentru prietenie și iubire. Acestea sunt capacități complexe și învățate după foarte multe experiențe. Nu este necesară o istorie traumatică pentru a te simți stângaci sau chiar panicat la o petrecere la care nu cunoști aproape pe nimeni. Pe de altă parte, trauma poate transforma întreaga lume într-un univers populat numai de străini.

Foarte mulți oameni traumatizați se trezesc într-o nesincronizare cronică cu cei din jurul lor. Unii își găsesc alinarea în grupuri

în care își pot relata experiențele de pe câmpul de luptă, legate de viol sau de tortură, alături de alți oameni care au un background sau au trăit experiențe similare cu ale lor. Focalizarea asupra poveștilor traumatice împărtășite și asupra victimizării comune le alină senzația flagrantă de izolare, dar adeseori cu prețul negării diferențelor lor individuale: membrii nu pot aparține grupului decât dacă se conformează codului comun.

Izolarea într-un grup de victime foarte îngust definit alimentează o perspectivă asupra altor oameni irelevantă în cel mai bun caz și periculoasă în cel mai rău, care conduce în final la și mai multă alienare. Găștile de cartier, partidele politice extremiste și cultele religioase pot furniza o anumită alinare, dar rareori conduc la flexibilitatea mentală necesară pentru a te deschide plenar în fața vieții. În consecință, ele nu își ajută membrii să se elibereze de traumele din trecut. Oamenii cu adevărat funcționali sunt capabili să accepte diferențele individuale și să recunoască umanitatea celorlalți.

În ultimele două decenii s-a ajuns la o recunoaștere pe scară largă a faptului că atunci când adulții sau copiii sunt prea închiși sau inhibați pentru a-și găsi confortul în alte ființe umane, relațiile cu alte mamifere pot fi extrem de utile. Câinii, caii și chiar delfinii oferă o tovărășie mai puțin complicată, simultan cu mult-dorita senzație de siguranță. Îndeosebi câinii și caii sunt folosiți pe scară largă la ora actuală în tratamentul anumitor grupuri de pacienți traumatizați.

CELE TREI NIVELE ALE SIGURANȚEI

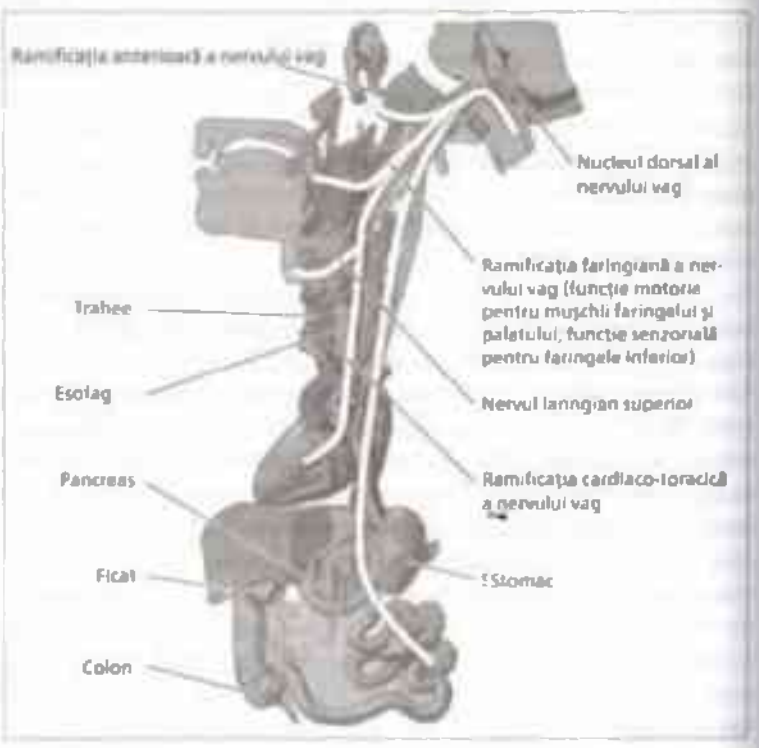
După o traumă, lumea este experimentată cu un sistem nervos diferit, care are o percepție modificată asupra riscului și siguranței. Porges a inventat cuvântul „neurocepție", pentru a descrie astfel capacitatea de a evalua pericolul și siguranța relativă din mediul înconjurător. Atunci când încercăm să ajutăm pe cineva care are o neurocepție greșită, marea provocare constă în a descoperi modalități de a-i reseta fiziologia, astfel încât mecanismele sale de supraviețuire să nu mai lucreze împotriva lui. Astfel, el trebuie învățat să reacționeze într-o manieră adecvată la un pericol și, ceea ce este mai important, să își recupereze apoi capacitatea de a experimenta siguranța, relaxarea și reciprocitatea autentică.

Personal, am intervievat extensiv și am tratat șase persoane care au supraviețuit unor accidente aviatice. Două dintre ele mi-au spus că și-au pierdut cunoștința în timpul incidentului. Deși nu au fost rănite fizic, ele au leșinat (mintea lor a intrat în colaps). Alte două au intrat într-o stare de panică, de care nu s-au putut elibera mult timp după ce au început tratamentul. În sfârșit, două și-au păstrat calmul și pragmatismul, ajutând la evacuarea celorlalți pasageri din ruinele fumegânde ale avionului avariat. Am descoperit o gamă la fel de largă de reacții inclusiv în cazul celor care au supraviețuit unui viol, unui accident de mașină și chiar torturii. În capitolul precedent am descris pe larg reacțiile radical diferite ale lui Stan și Ute în urma unui accident în lanț petrecut pe autostradă în care au fost implicați împreună. Ce anume determină această gamă largă de reacții: de focalizare, colaps sau teroare?

Teoria lui Porges prezintă următoarea explicație: sistemul nervos autonom reglează trei stări fiziologice fundamentale. Nivelul de siguranță determină care dintre ele este activat într-un moment anume. Ori de câte ori ne simțim amenințați, noi apelăm instinctiv la primul nivel: *angajarea socială*. Cu alte cuvinte, căutăm ajutor, susținere și confort de la oamenii din jurul nostru. Dacă nimeni nu ne vine însă în ajutor sau dacă ne aflăm într-un pericol iminent, organismul apelează la o metodă mai primitivă de supraviețuire: reacția *luptă sau fugi*. Noi fie ne luptăm cu atacatorul nostru, fie alergăm pentru a ne salva viața. Dacă și această metodă dă greș, în sensul că nu putem scăpa de evenimentul traumatic, fiind captivi în el, organismul încearcă să se apere singur printr-o închidere completă și prin cheltuirea unei cantități cât mai reduse de energie. Aceasta este starea de *încremenire* sau de *colaps*.

Aici intervine nervul vag cu numeroasele sale ramificații. Voi descrie în continuare pe scurt anatomia acestuia, întrucât este esențială pentru înțelegerea felului în care își gestionează oamenii traumele. Sistemul de angajare socială depinde de nervii care își au originea în centrii de reglare din trunchiul cerebral, îndeosebi cel vag, cunoscut inclusiv sub numele de al zecelea nerv cranian, împreună cu nervii adiacenți care activează mușchii feței, gâtului, urechii mijlocii și cutiei vocale sau laringelui. Atunci când „complexul vagal ventral" (CVV) conduce showul, noi zâmbim atunci când alții ne zâmbesc, dăm din cap afirmativ atunci când suntem de acord și ne încruntăm

atunci când prietenii ne povestesc despre problemele lor. Atunci când CVV este activ, el transmite mesaje către inimă și plămâni, încetinind pulsul și aprofundând respirația. În consecință, ne simțim automat mai calmi și mai relaxați, mai centrați sau excitați într-o manieră plăcută.



Numeroasele ramificații ale nervului vag. Nervul vag (pe care Darwin l-a numit nervul pneumogastric) înregistrează durerile inimii și senzațiile viscerale. Atunci când cineva se simte deranjat/iritat, gâtul i se usucă, vocea îi devine tensionată, pulsul i se accelerează și respirația îi devine rapidă și superficială.

Orice amenințare la adresa siguranței sau conexiunilor noastre sociale declanșează schimbări în zonele controlate de CVV. Atunci când ni se întâmplă ceva neplăcut, noi ne semnalăm automat iritarea prin expresiile noastre faciale și prin tonalitatea vocii, invitându-i astfel pe ceilalți să ne vină în ajutor. Dacă nimeni nu răspunde însă

Iată trei răspunsuri în fața amenințărilor:

1. Sistemul de angajare socială: o maimuță alarmată semnalează pericolul și cere ajutor.
2. Luptă sau fugi. Dinți încleștați, expresie de furie sau de teroare pe față. SNS.
3. Colaps. Corpul semnalează înfrângerea și se retrage. CVD.

acestei solicitări iar amenințarea se amplifică, intervine vechiul sistem limbic. Sistemul nervos simpatic preia controlul, mobilizând mușchii, inima și plămânii în vederea luptei sau fugii. Vocea noastră devine mai stridentă, vorbim mai rapid, iar inima își accelerează pulsul. Dacă ne aflăm în preajma unui câine, acesta va schelăuna sau va mârâi, căci va simți activarea glandelor noastre sudoripare.

În sfârșit, dacă nu avem nicio cale de ieșire din impas și nu mai putem face nimic pentru a ne feri de inevitabil, noi ne activăm sistemul suprem de urgență: complexul vagal dorsal (CVD). Acesta coboară sub diafragmă, către stomac, rinichi și intestine, reducând dramatic metabolismul organismului. Pulsul scade brusc (inima pare să se oprească), nu mai putem respira, iar intestinele nu mai lucrează sau se golesc (facem literalmente „pe noi de frică"). În acest moment, noi intrăm în colaps sau încremenim.

REACȚIA „LUPTĂ SAU FUGI" VERSUS COLAPS

Așa cum am văzut în cazul imaginilor scanate ale creierelor lui Stan și Ute, trauma nu se exprimă întotdeauna sub forma impulsului de tip „luptă sau fugi", ci și a blocajului total și a incapacității de a te mai angaja în momentul prezent. Cele două tipuri de reacții presupun nivele diferite ale activității cerebrale: sistemul mamiferelor de tip „luptă sau fugi", care este protector și ne

împiedică să intrăm în colaps, și creierul reptilian, care produce reacția de tip colaps. Diferența dintre cele două sisteme poate fi contemplată cu ușurință într-un magazin de animale de companie: cățeii, puii de pisică, șoarecii și hamsterii se joacă tot timpul, iar când obosesc se strâng unii în ceilalți. În schimb, șerpii și șopârlele stau nemișcați în colțul cuștii lor, fără să reacționeze în vreun fel la mediul exterior. Această imobilizare generată de creierul reptilian caracterizează numeroși oameni traumatizați cronic, fiind complet diferită de panica și de furia mamiferelor care îi face pe supraviețuitorii traumelor mai recente să pară în egală măsură înfricoșați și înfricoșători.

Aproape toți oamenii știu ce înseamnă reacția de bază „luptă sau fugi": o amenințare subită generează un impuls extrem de intens de a te pune în mișcare și de a ataca. Pericolul blochează sistemul de angrenare socială, reduce responsivitatea la vocea umană și amplifică sensibilitatea față de sunetele amenințătoare. Cu toate acestea, pentru foarte mulți oameni panica și furia sunt de preferat opusului lor: blocajul total și închiderea în fața lumii exterioare. Cel puțin, activarea reacției de tip „luptă sau fugi" îi face să se simtă mai plini de energie. Așa se explică de ce adesori, oamenii abuzați și traumatizați nu se simt cu adevărat vii decât atunci când se confruntă cu un pericol real, devenind inert în situațiile mai complexe, dar care nu le pun viața în pericol, cum ar fi petrecerile de ziua de naștere sau cinele în familie.

Atunci când lupta sau fuga nu reușesc să îndepărteze amenințarea, noi ne activăm ultimul sistem de autoprotecție de care dispunem: creierul reptilian, sistemul suprem de urgență. De regulă, acesta se activează atunci când suntem imobilizați fizic, de pildă atunci când suntem puși la pământ de un atacator sau atunci când un copil nu are nicio scăpare în fața unui părinte care îl sperie. Colapsul și detașarea de lumea exterioară sunt controlate de CVD, una dintre cele mai vechi părți (din punct de vedere evoluționist) ale sistemului nervos parasimpatic, asociată cu simptomele digestive precum diareea și greața. Ea încetinește pulsul inimii și induce o respirație superficială. Atunci când acest sistem preia controlul asupra organismului, nimeni nu mai contează pentru noi, nici ceilalți, nici chiar noi înșine. Atenția conștientă se blochează, iar noi nu mai simțim nici măcar durerea fizică.

CUM DEVENIM OAMENI

În teoria lui Porges, CVV a evoluat la mamifere pentru a susține o viață socială din ce în ce mai complexă. Toate mamiferele, inclusiv oamenii, se strâng în grupuri pentru a se împerechea, pentru a-și hrăni puii, pentru a se apăra în fața dușmanilor comuni și pentru a-și coordona vânătoarea și achiziția hranei. Cu cât CVV sincronizează mai eficient activitatea sistemului nervos parasimpatic și a celui simpatic, cu atât mai bine se integrează fiziologia fiecărui individ cu cea a altor membri ai tribului.

Această teorie explică de ce își ajută în mod natural părinții copiii să se autoregleze. Nou-născuții nu sunt foarte sociali; ei dorm aproape tot timpul și se trezesc numai când le este foame sau când sunt uzi. După ce sunt hrăniți, ei se uită o vreme în jurul lor, dar în scurt timp adorm la loc, urmându-și ritmul interior. În primele luni de viață, ei depind în totalitate de ritmurile alternative ale sistemului lor nervos parasimpatic și ale celui simpatic, iar principalul creier care îi guvernează este cel reptilian.

Pe măsură ce sunt alintați zi de zi de părinții lor, aceștia le stimulează amplificarea sincronismului și dezvoltarea CVV. Aceste interacțiuni sincronizează sistemul de excitație emoțională al copilului cu mediul înconjurător. CVV controlează suptul, înghițitul, expresiile faciale și sunetele produse de laringe. Atunci când aceste funcții sunt stimulate la un bebeluș, ele sunt însoțite de o senzație de plăcere și de siguranță, care contribuie la modelarea comportamentului lui social viitor. După cum mi-a explicat cu mult timp în urmă prietenul meu Ed Tronick, creierul este un organ prin excelență cultural: el este modelat de experiență.

Punerea la unison cu ceilalți membri ai speciei noastre prin intermediul CVV ne oferă o satisfacție imensă. Ceea ce începe ca un joc între mamă și copil continuă peste ani cu ritmicitatea unui meci bun de baschet, cu sincronismul unui tangou și cu armonia unei muzici corale, a unei piese de jazz sau a muzicii de cameră, care ne conferă o senzație profundă de plăcere și de conexiune.

Atunci când acest sistem se gripează, putem vorbi deja de traumă. Acest fenomen se întâmplă atunci când te rogi pentru viața ta, dar agresorul îți ignoră cererea, când ești un copil speriat care zace în pat, ascultând cum mama ta țipă în timp ce iubitul ei o bate, când îți vezi

prietenul prins sub o mașinărie grea de metal pe care nu o poți ridica sau când dorești să îl împingi de pe tine pe preotul care te abuzează, dar te temi să nu fii pedepsit. Imobilizarea stă la baza celor mai multe dintre traume. Atunci când se produce, CVD preia controlul: inima își încetinește pulsul, respirația devine superficială și omul devine un fel de zombi, pierzând contactul cu sine și cu mediul înconjurător. El se disociază, leșină și intră în colaps.

APĂRARE SAU RELAXARE?

Steve Porges m-a ajutat să înțeleg că starea naturală a mamiferelor este să rămână tot timpul în gardă, mai mult sau mai puțin. Pentru a ne apropia în plan emoțional de o altă ființă umană, noi trebuie să ne închidem temporar sistemul de autoapărare. Pentru a ne distra, a ne împerechea și a ne îngriji copiii mici, creierul nostru trebuie să își inhibe vigilența naturală.

Numeroși indivizi traumatizați sunt prea hipervigilenți pentru a se mai putea bucura de plăcerile obișnuite ale vieții, în timp ce alții sunt prea amorțiți pentru a putea absorbi alte experiențe noi sau pentru a-și da seama de semnele unui pericol real. Atunci când detectorul de fum din creier nu funcționează corect, omul nu mai fuge pentru a scăpa de pericol și nu mai ripostează atunci când ar trebui să se apere. Studiul de referință numit ACE (Experiențele Adverse din Copilărie), pe care îl voi comenta în detaliu în capitolul 9, a arătat că femeile care au fost abuzate și neglijate în copilărie sunt de șapte ori mai predispuse să fie violate în stadiul de adult. Femeile care și-au văzut în copilărie mama agresată de partener au o probabilitate mult mai mare de a deveni ele însele victime ale violenței domestice peste ani.

Foarte mulți oameni se simt în siguranță atât timp cât își limitează contactul social la conversațiile superficiale, dar contactul fizic propriu-zis le poate declanșa reacții extrem de intense. Așa cum precizează însă Porges, realizarea oricărui tip de intimitate profundă – o îmbrățișare, dormitul alături de un partener și actul sexual – impune deschiderea deliberată pentru a putea experimenta imobilizarea fără teamă. Oamenii traumatizați au mari dificultăți în a discerne când sunt cu adevărat în siguranță și când trebuie să își activeze mecanismele de autoapărare, întrucât sunt în pericol. Pentru a ajunge la acest

discernământ, ei ar trebui să acumuleze experienţe care să le recreeze senzaţia de siguranţă fizică, subiect asupra căruia voi reveni de multe ori în capitolele care vor urma.

NOI ABORDĂRI ALE TRATAMENTULUI

Dacă este adevărat că adulţii şi copiii traumatizaţi rămân blocaţi în reacţia de tip „luptă sau fugi" ori într-o încremenire cronică, ce putem face pentru a le dezactiva aceste manevre defensive care le-au asigurat cândva supravieţuirea?

Unii oameni foarte înzestraţi care lucrează cu supravieţuitori traumelor ştiu intuitiv cum să facă acest lucru. Steve Gross a condus cândva programul de distracţie de la Centrul pentru Traume. El obişnuia să se plimbe prin clinică cu o minge colorată de plajă, iar când vedea copii furioşi sau încremeniţi în sala de aşteptare, le zâmbea larg. Copiii nu îi răspundeau decât arareori. Ceva mai târziu, Steve se întorcea şi scăpa „accidental" mingea în apropierea unui copil. Aplecându-se după ea, Steve o împingea uşor către copil, care i-o trimitea înapoi, fără prea mult entuziasm. Steve continua jocul, şi nu trecea mult până când vedeai zâmbete înflorind pe ambele feţe.

Pornind de la nişte mişcări simple, dar ritmice, Steve crea un mic spaţiu sigur, în care sistemul angajării sociale avea şansa să se reactiveze. Într-o manieră similară, oamenii cu traume severe pot fi mult mai eficient ajutaţi dacă sunt puşi să aranjeze scaunele înaintea unei întruniri sau dacă se alătură altora cântând un ritm muzical decât dacă stau pe aceleaşi scaune şi nu fac altceva decât să discute despre eşecurile din viaţa lor.

Un lucru este sigur: ţipatul la cineva care este deja lipsit de autocontrol nu face decât să îl dereglezе şi mai tare. La fel ca un câine care se sperie când strigi la el, dar începe să dea din coadă atunci când îi vorbeşti cu voce tare, pe o tonalitate muzicală, oamenii reacţionează prin teamă, mânie sau blocaj la vocea dură, dar se deschid şi se relaxează în faţa unui ton jucăuş. Noi nu putem reacţiona altfel la aceşti indicatori ai siguranţei şi ai pericolului.

În mod regretabil, sistemul nostru educaţional, la fel ca multe din metodele folosite pentru a trata traumele, încearcă să ocolească acest sistem de angajare emoţională, insistând în schimb asupra capacităţilor cognitive ale minţii. În pofida efectelor bine documentate

ale mâniei, fricii și anxietății asupra rațiunii, foarte multe programe continuă să ignore nevoia de activare a sistemului cerebral al siguranței înainte de a susține alte moduri de gândire. Ultimele lucruri care ar trebui tăiate din programele școlare sunt corurile, educația fizică, recreațiile și toate celelalte elemente care presupun mișcare, joacă și angrenare ludică. De asemenea, este important să înțelegem că atunci când copiii sunt îndărătnici, defensivi, lipsiți de vlagă sau furioși, acest „comportament rău" repetă adeseori tipare create pentru a supraviețui unor amenințări grave, chiar dacă este supărător pentru noi.

Opera lui Porges a avut un efect profund asupra manierei în care eu și colegii mei de la Centrul pentru Traume am organizat tratamentul pentru copiii abuzați și pentru adulții traumatizați. Ce-i drept, chiar și fără această operă, am fi organizat oricum un program de yoga terapeutică pentru femei, dat fiind că yoga este atât de eficientă în calmarea pacientelor și în punerea lor în contact cu corpul de care sunt disociate. Am fi experimentat oricum programul de teatru în școlile din orașul Boston, programul de karate pentru supraviețuitoarele violurilor, numit implementarea modelului impactului, de asemenea tehnicile de joacă și modalitățile corporale precum stimularea senzorială, folosite la ora actuală în terapiile pentru supraviețuitorii traumelor din întreaga lume. (Vom explora toate aceste tehnici și altele în partea a cincea a cărții.)

Meritul teoriei Polyvagal este că ne-a ajutat să înțelegem *de ce* funcționează atât de bine aceste tehnici. Ea ne-a ajutat să devenim mai conștienți de necesitatea de a combina abordarea de sus în jos (activarea angajamentului social) cu cea de jos în sus (calmarea tensiunilor fizice din corp). Am devenit astfel mult mai deschiși în fața valorii altor abordări din trecut, nefarmacologice, care au fost practicate foarte mult timp în afara medicinei occidentale, începând cu exercițiile de respirație *(pranayama)*, trecând prin incantații și artele marțiale precum qigong-ul și până la cântatul la tobe și în grup, sau dansul. Toate aceste metode și tehnici se bazează pe ritmurile interpersonale, pe cultivarea lucidității viscerale și pe comunicarea vocală și facială, care îi ajută pe pacienți să iasă din modul „luptă sau fugi", să își reorganizeze percepția legată de pericol și să își amplifice capacitatea de a-și gestiona relațiile.

Corpul nu uită niciodată. Dacă amintirea traumei este codificată în viscere, sub forma emoțiilor instinctuale care frâng inima, și dacă

pornim de la premisa că cea mai bună cale pentru reglarea emoțiilor este comunicarea dintre minte, creier și viscere, toate prezumțiile terapeutice trebuie modificate drastic.

Capitolul 6

PIERDEREA CORPULUI ECHIVALEAZĂ CU PIERDEREA IDENTITĂȚII DE SINE

Ai răbdare cu lucrurile nerezolvate din inima ta și încearcă să iubești întrebările rămase fără răspuns. Deocamdată, bucură-te de întrebări, și cine știe? Poate că va veni o zi în care vei primi răspunsul la ele, fără să observi când s-a întâmplat acest lucru...

— Rainer Maria Rilke, *Scrisori către un tânăr poet*

Sherry a intrat în cabinetul meu cu umerii lăsați în jos și cu bărbia aproape atingându-i pieptul. Chiar înainte de a deschide gura, corpul ei mi-a spus că se teme să dea ochi cu lumea exterioară. Am remarcat de asemenea că mânecile lungi pe care le purta nu îi acopereau decât parțial vânătăile de pe antebrațe. După ce s-a așezat, mi-a spus cu o voce monotonă, dar ascuțită, că nu se poate împiedica să nu se ciupească de pielea brațelor și a pieptului până când îi dă sângele.

Încă din primii ei ani de viață, mama sa a primit copii în plasament familial, astfel încât casa lor era tot timpul plină cu până la 15 copii ciudați, dezechilibrați, speriați și înspăimântători, care dispăreau la fel de brusc cum apăreau. Sherry a crescut având grijă de toți acești copii aflați în tranzit, simțind că nimeni nu mai are timp de ea și de nevoile sale. „Nu am fost niciodată dorită, mi-a spus ea. Nu știu când mi-am dat seama pentru prima dată de acest lucru, dar peste ani m-am gândit la multe lucruri pe care mi le-a spus mama, iar semnele au fost întotdeauna evidente. Spre exemplu, îmi spunea: ‚Știi, nu cred că faci parte din familia noastră. Cred că mi-au dat alt copil când eram la spital.' Și îmi spunea toate acestea fără vreun zâmbet pe față. De altfel, mulți oameni pretind că glumesc atunci când spun lucruri serioase."

De-a lungul anilor, echipa noastră de cercetare a descoperit în mod repetat că abuzurile emoționale cronice și neglijarea pot fi la fel de devastatoare ca abuzurile fizice și molestarea sexuală. Sherry s-a dovedit a fi un exemplu perfect al acestei descoperiri: atunci când nu te simți văzut sau cunoscut și nu ai încotro să te duci pentru a fi în siguranță, te simți automat devastat, indiferent de vârstă. Acest lucru este însă cu atât mai distructiv pentru copiii cu vârste mici, care încă încearcă să își găsească locul în această lume.

Sherry a absolvit colegiul, dar lucra într-o slujbă de birou plictisoasă. Trăia singură cu pisicile sale și nu avea prieteni apropiați. Când am întrebat-o despre bărbați, mi-a spus că singura „relație" pe care a avut-o a fost cu un bărbat care a răpit-o în timpul unei vacanțe din perioada colegiului, pe care și-a petrecut-o la Florida. Bărbatul a ținut-o captivă și a violat-o în mod repetat timp de cinci zile consecutive. În tot acel timp a stat cu genunchii la piept, îngrozită și încremenită, până când și-a dat seama că ar putea încerca să fugă. A evadat simplu, ieșind pur și simplu din casă când el se afla la baie. Când a sunat-o cu taxă inversă pe mama ei pentru a-i cere ajutorul, aceasta a refuzat să accepte convorbirea. În cele din urmă, Sherry a reușit să ajungă acasă apelând la un adăpost pentru victimele violenței domestice.

Sherry mi-a povestit că a început să își ciupească pielea deoarece acest lucru o făcea să simtă ceva – să nu se mai simtă complet amorțită. Senzațiile fizice o făceau să se simtă mai vie, dar și profund rușinată: era conștientă că era dependentă de aceste acțiuni, dar nu se putea opri. A consultat numeroși terapeuți specializați în bolile mintale înaintea mea, care au interogat-o nonstop în privința „comportamentului ei suicidal". Un psihiatru a mers până acolo încât a internat-o cu forța într-un spital, refuzând să o trateze până când nu i-a promis că nu se va mai ciupi niciodată. Experiența personală m-a învățat că pacienții care se taie sau care își ciupesc pielea, asemeni lui Sherry, nu sunt decât rareori suicidali. Ei încearcă pur și simplu să se simtă mai bine în singura manieră pe care o cunosc.

Este foarte dificil ca oamenii să înțeleagă acest lucru. Așa cum spuneam în ultimul capitol, reacția cea mai comună în fața tulburării este apelarea la alți oameni pe care îi simpatizăm și în care avem încredere, care să ne dea curajul de a continua. Alternativ, putem încerca să ne calmăm printr-o activitate fizică cum ar fi mersul pe bicicletă sau trasul de fiare la sală. Noi începem să învățăm astfel

de metode de corectare a sentimentelor noastre încă din primele momente în care cineva ne hrănește atunci când ne este foame, ne acoperă atunci când ne este frig sau ne leagănă atunci când suntem speriați sau ne doare ceva.

Dacă nimeni nu te-a privit însă vreodată cu ochi plini de iubire, zâmbind atunci când te vedea, dacă nimeni nu s-a grăbit să te ajute (spunându-ți în schimb: „Nu mai plânge, dacă nu vrei să îți dau eu motive de plâns!"), înseamnă că trebuie să descoperi alte modalități de a avea grijă de tine. Cel mai probabil vei fi dispus să experimentezi cu orice – droguri, alcool, alimentație excesivă pentru alinarea emoțiilor sau tăierea pielii – pentru a-ți oferi o alinare cât de mică.

Deși Sherry a continuat să vină cu regularitate la ședințele cu mine și mi-a răspuns la întrebări cu cea mai mare sinceritate, nu mi s-a părut că am reușit să stabilesc acea conexiune vitală care este absolut necesară pentru ca psihoterapia să dea rezultate. Izbit de blocajul ei interior, i-am sugerat să apeleze la Liz, o terapeută prin masaj cu care mai colaborasem. La prima lor ședință, Liz a așezat-o pe Sherry pe masa de masaj, după care i-a atins ușor un picior. Stând întinsă cu ochii închiși, Sherry a început să urle, intrând în panică: „Unde ești?" Ea a uitat de Liz, deși aceasta se afla chiar în fața ei, cu mâinile pe piciorul său.

Sherry a fost una din primele paciente care m-a învățat cât de deconectați de corpul lor pot fi oamenii cu experiențe traumatice, care au fost neglijați în trecut. Cu această ocazie, am descoperit că pregătirea mea profesională, care a pus accentul pe înțelegere și pe minte, a ignorat aproape complet relevanța corpului viu, fundamentul identității noastre de sine. Sherry știa că ciupirea pielii sale era un lucru distructiv, asociat cu neglijarea ei din copilărie de către mama sa, dar simpla înțelegere a sursei acestui impuls nu a ajutat-o cu nimic să îl controleze.

PIERDEREA CONTACTULUI CU CORPUL

De îndată ce am devenit conștient de acest lucru, am rămas uimit să descopăr câți pacienți de-ai mei mi-au spus că nu își pot simți părți întregi ale corpului. Uneori îi puneam să închidă ochii și să îmi spună ce obiect le-am pus în mâini. Indiferent dacă era vorba de cheia de la mașină, o monedă sau un deschizător de conserve, cei mai mulți

dintre ei nu puteau ghici ce ţineau în mână, căci percepţiile lor senzoriale pur şi simplu nu funcţionau.

Am discutat despre acest lucru cu prietenul meu, Alexander McFarlane din Australia, care a remarcat acelaşi fenomen. El a studiat problema în laboratorul său din Adelaide, încercând să răspundă la întrebarea: de unde ştim noi că ţinem în mâini o cheie de maşină, dacă nu ne uităm la aceasta? Recunoaşterea obiectului ţinut într-o mână presupune simţirea formei acestuia, a greutăţii, temperaturii, texturii şi poziţiei sale. Toate aceste experienţe senzoriale distincte sunt transmise unei părţi diferite a creierului, care trebuie să le integreze în final într-o percepţie singulară. McFarlane a descoperit că oamenii care suferă de SSPT au adeseori dificultăţi în crearea acestei imagini finale.

Atunci când simţurile noastre se atrofiază, noi nu ne mai simţim pe deplin vii. Într-un articol intitulat „Ce este o emoţie?" (1884), William James, părintele psihologiei americane, a raportat un caz flagrant de „insensibilitate senzorială" la o femeie pe care a consultat-o: „Nu am... senzaţii umane, i-a spus aceasta. Mă simt înconjurată de tot ceea ce poate face o viaţă fericită şi plăcută, dar îmi lipseşte facultatea de a mă bucura şi de a simţi... Deşi fac parte integrantă din acelaşi sine comun, simţurile mele par separate de mine şi nu îmi mai permit să simt nimic; această imposibilitate pare să depindă de un vid pe care îl percep în partea din faţă a capului meu, fiind cauzată de diminuarea sensibilităţii suprafeţei totale a corpului meu, căci mi se pare că nu ajung propriu-zis la obiectele pe care le ating. Nu aş acorda o importanţă atât de mare acestui lucru dacă nu m-ar speria faptul că îmi este imposibil să simt ceva şi să mă bucur de viaţă, deşi experimentez la fel ca toţi oamenii nevoia şi dorinţa de bucurie şi de senzaţii. În consecinţă, viaţa mea devine o tortură de neimaginat."

Această reacţie la traumă ridică o întrebare foarte importantă: cum pot învăţa oamenii traumatizaţi să integreze experienţele senzoriale obişnuite astfel încât să trăiască în mod natural senzaţiile naturale şi să se simtă în siguranţă şi completi în corpul lor?

CUM ŞTIM CĂ SUNTEM VII?

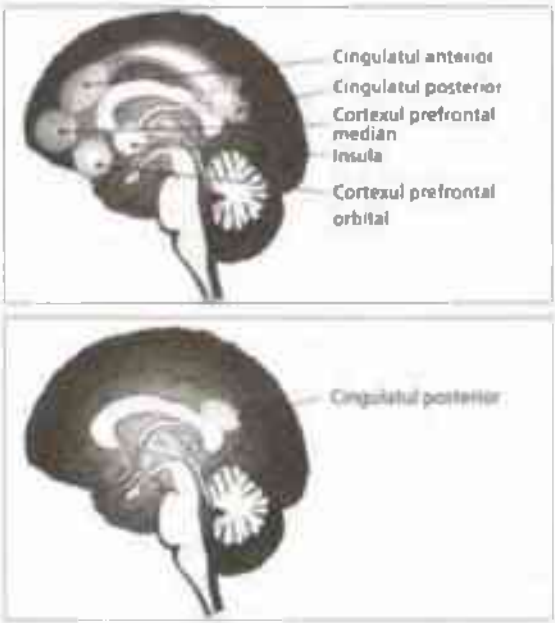
Multe din primele studii bazate pe tehnicile de producere a imaginilor neurologice făcute la scurt timp după apariţia acestora cu subiecţi traumatizaţi au fost similare celor despre care am discutat

în capitolul 3. Ele s-au focalizat asupra manierei în care reacționau subiecții la factorii care le reaminteau de trauma suferită. În anul 2004, colega mea Ruth Lanius, cea care a scanat creierele lui Stan și Ute Lawrence, și-a pus o întrebare nouă: ce se întâmplă în creierul supraviețuitorului unei traume atunci când acesta *nu* se gândește la trecutul său? Studiile sale referitoare la creierul aflat într-o stare de relaxare, la așa-numita „rețea a stării implicite *(default)*" (RSI), au deschis un capitol nou în înțelegerea manierei în care afectează trauma conștiința de sine, și îndeosebi conștiința senzorială de sine.

Dr. Lanius a recrutat un grup de 16 canadieni „normali", pe care i-a pus să stea întinși într-un scanner pentru creier fără să se gândească la nimic anume. Acest lucru nu este deloc ușor, căci creierul în stare de veghe nu se relaxează nicio clipă, dar dr. Lanius le-a cerut subiecților ei să își focalizeze atenția asupra respirației și să încerce să își golească mintea de gânduri. Ea a repetat apoi experimentul cu 18 voluntari care fuseseră abuzați sever și cronic în copilărie.

Ce crezi că face creierul tău atunci când nu ești focalizat asupra unui subiect anume? El își orientează atenția asupra ta: starea implicită *(default)* activează acele zone cerebrale care colaborează pentru a-ți crea simțul „sinelui".

Atunci când Ruth a privit imaginile scanate ale subiecților normali, ea a descoperit o activare a regiunilor SND descrise de cercetătorii anteriori. Personal, numesc aceste regiuni „creasta" conștiinței de sine, căci aceste structuri sunt organizate pe linia mediană a creierului, începând cu punctul de deasupra ochilor și trecând prin centrul creierului, până în partea din spate a acestuia. Toate aceste structuri de pe linia mediană sunt implicate în simțul identității noastre de sine. Cea mai mare regiune luminată din spatele creierului este cingulatul posterior, care ne conferă simțul fizic al identității de sine – GPS-ul nostru interior. El este conectat intim cu cortexul prefrontal median (CPFM) – turnul de veghe despre care am discutat în capitolul 4. (Această conexiune nu apare în imaginea scanată deoarece aparatul fMRI nu o poate măsura.) De asemenea, este conectat cu acele zone cerebrale care înregistrează senzațiile ce provin de la restul corpului: insula, care transmite mesajele provenite de la viscere centrilor emoționali; lobii parietali, care integrează informațiile senzoriale; și cingulatul anterior, care coordonează emoțiile și gândirea. Toate aceste zone contribuie la proiecția conștiinței de sine.



Localizarea sinelui. Creasta conștiinței de sine. Începând din partea din față a creierului (dreapta), ea constă din cortexul prefrontal orbital, cortexul prefrontal median, cingulatul anterior, cingulatul posterior și insula. În cazul oamenilor care au suferit traume cronice, aceleași regiuni prezintă o activitate mult redusă, fapt care îngreunează înregistrarea stărilor interne și evaluarea relevanței personale a informațiilor primite.

Contrastul dintre imaginile scanate ale creierelor celor 18 pacienți cu SSPT cronic care au suferit traume grave în prima parte a vieții și cele ale subiecților normali a fost șocant. Cei dintâi nu au prezentat aproape nicio activare a vreuneia din zonele identității de sine ale creierului: CPFM, cingulatul anterior, cortexul parietal și insula lor nu s-au iluminat deloc; singura zonă care a arătat o activare minoră a fost cea a cingulatului posterior, responsabil de orientarea în spațiu.

Nu poate exista decât o singură explicație pentru aceste rezultate: ca reacție la traumă și la teama care a persistat mult timp după aceasta, acești pacienți au învățat să își închidă acele zone ale creierului care transmit sentimentele și emoțiile viscerale care însoțesc și definesc teroarea. În viața de zi cu zi, aceste zone înregistrează însă

întreaga gamă de emoții și de senzații care alcătuiesc însuși fundamentul conștiinței noastre de sine, al identității noastre. Avem așadar de-a face cu o adaptare tragică: în efortul de a-și bloca senzațiile terifiante, acești pacienți și-au amorțit complet însăși capacitatea de a se simți plenar vii.

Încetarea activării cortexului prefrontal median ar putea explica de ce atât de mulți oameni traumatizați își pierd simțul scopului și direcției. Pe timpuri eram surprins să văd cât de des îmi cereau pacienții mei sfaturi legate de cele mai banale lucruri, dar și de cât de rar le urmau. La ora actuală am înțeles că relația lor cu propria realitate interioară era profund dezechilibrată. Ce decizii ar fi putut lua ei sau cum și-ar fi putut planifica vreo acțiune în condițiile în care nu își puteau defini ce anume își doreau, sau mai exact, ce încercau să le spună senzațiilor din corpul lor – fundamentul tuturor emoțiilor?

Incapacitatea victimelor traumelor cronice din copilărie de a-și conștientiza sinele poate fi uneori atât de profundă încât acestea nu se mai pot recunoaște atunci când se privesc în oglindă. Scanările cerebrale au arătat că acest lucru nu este rezultatul simplei neatenții: este posibil ca structurile responsabile de recunoașterea de sine să fie inhibate, la fel ca cele asociate cu experiența de sine.

Atunci când Ruth Lanius mi-a arătat studiul ei, mi-am amintit instantaneu de o declarație atribuită matematicianului Arhimede, care vorbea despre pârghii, pe care am citit-o în liceu: „Dați-mi un punct de sprijin și voi putea pune în mișcare întreaga lume." Sau, după cum s-a exprimat marele terapeut corporal Moshe Feldenkrais în secolul XX: „Nu poți face ce vrei până când nu știi ce faci." Implicațiile sunt clare: pentru a te simți prezent, tu trebuie să știi unde te afli și să fii conștient de ceea ce se întâmplă cu tine. Dacă sistemul senzorial al conștiinței de sine se grippează, principalul nostru scop trebuie să fie reactivarea lui.

SISTEMUL SENZORIAL AL CONȘTIINȚEI DE SINE

Am asistat fascinat la beneficiile pe care le-a obținut Sherry în urma terapiei sale prin masaj. Ea s-a simțit imediat mult mai relaxată și mai aventuroasă în viața ei de zi cu zi, dar și mult mai deschisă în fața mea. S-a implicat mult mai mult în terapia ei și s-a dovedit sincer curioasă în privința comportamentului, gândurilor și sentimentelor

sale. A încetat să se mai ciupească singură, iar când a venit vara a început să iasă seara din casă, vorbind cu vecinii. A mers până acolo încât s-a înscris într-un cor la biserică, trăind astfel o experiență minunată de sincronism în grup.

În această perioadă de timp l-am cunoscut pe Antonio Damasio, în cadrul unui mic grup *think tank* organizat de Dan Schacter, președintele departamentului de psihologie de la Harvard. Damasio a clarificat într-o serie de articole științifice geniale relația dintre stările corporale, emoții și supraviețuire. Fiind un neurolog care a tratat sute de oameni cu diferite tipuri de leziuni cerebrale, el a devenit fascinat de conștiință și de identificarea zonelor cerebrale necesare pentru a ști ce simți. În acest scop, și-a dedicat întreaga carieră identificării zonelor responsabile pentru experiența „sinelui". Din perspectiva mea, cea mai importantă carte a sa este *Sentimentul a ceea ce se întâmplă*. Lectura ei a fost o revelație pentru mine. Damasio începe prin a vorbi despre profunda diviziune dintre simțul identității noastre de sine și viața senzorială a corpului nostru. După cum se exprimă el într-o manieră poetică: „Uneori, noi ne folosim mintea pentru a ascunde lucrurile, nu pentru a le descoperi... Unul din lucrurile pe le ascunde ea cel mai eficient este propriul nostru corp, sau mai exact interiorul lui. La fel ca un văl în care te înfășori pentru a-ți păstra modestia corporală, ecranul creat de minte ascunde parțial stările interioare ale organismului, care ne fac să ne simțim în viață zi de zi."

Damasio continuă arătând cum poate funcționa acest „ecran" în favoarea noastră, ajutându-ne să facem față problemelor presante ale lumii exterioare. Există însă și un anumit cost: „El tinde să ne împiedice să simțim originea și natura posibilă a identității noastre de sine." Pornind de la o lucrare veche de un secol a lui William James, Damasio susține că esența conștiinței noastre de sine rezidă în senzațiile fizice care definesc stările interioare ale corpului:

> Sentimentele primordiale furnizează o experiență directă a propriului corp, fără cuvinte și fără atribute, conectată cu simpla noastră existență. Aceste sentimente primordiale reflectă starea curentă a corpului în diferite dimensiuni... de-a lungul unei scale care oscilează de la durere la plăcere, și își au originea în trunchiul cerebral, nu

în cortex. Toate emoțiile sunt variațiuni muzicale ale sentimentelor primordiale.

Lumea noastră senzorială capătă formă pentru noi încă înainte de a ne naște. În pântecul matern, noi simțim lichidul amniotic pe piele, auzim sunetele slabe ale sângelui care circulă și ale aparatului digestiv, și ne mulăm în funcție de mișcările mamei. După naștere, senzațiile fizice ne definesc relația cu noi înșine și cu mediul înconjurător. Inițial, *suntem una* cu scutecul ud, cu foamea, saţietatea și somnul pe care le simțim. O cacofonie de sunete și de imagini incomprehensibile ne asaltează sistemul nervos neprihănit. Chiar și după ce ne dezvoltăm conștiința și limbajul, sistemul senzorial corporal continuă să ne furnizeze un feedback crucial pentru ceea ce simțim clipă de clipă. Zumzetul său constant ne comunică schimbările produse în viscere și în mușchii feței, ai trunchiului și ai extremităților, care ne semnalează senzații de plăcere sau durere, dar și impulsuri precum foamea și excitația sexuală. Ceea ce se întâmplă în jurul nostru ne afectează senzațiile fizice. Vederea unei persoane pe care o recunoaștem, auzirea unor sunete particulare – cum ar fi o bucată muzicală sau o sirenă – ori percepția unei schimbări a temperaturii ne modifică focalizarea atenției, determinându-ne gândurile și acțiunile ulterioare, de cele mai multe ori fără a ne da seama de acest mecanism.

Așa cum am văzut, sarcina creierului este de a monitoriza și de a evalua în permanență ceea ce se întâmplă în interiorul și în jurul nostru. Aceste evaluări sunt transmise prin mesagerii chimici din fluxul de sânge și prin mesajele electrice ale sistemului nervos, generând schimbări subtile sau dramatice în corp și în creier. De regulă, aceste schimbări se produc fără implicarea atenției noastre conștiente: regiunile subcorticale ale creierului sunt uimitor de eficiente în ceea ce privește reglarea respirației, pulsului, digestiei, secreției hormonale și sistemului imunitar. Din păcate, aceste sisteme pot ajunge să fie copleșite dacă suntem supuși unei amenințări continue, sau chiar în fața simplei percepții a unei amenințări. Așa se explică gama largă de probleme fizice pe care le-au documentat cercetătorii la persoanele traumatizate.

Sinele nostru conștient joacă totuși un rol vital în menținerea echilibrului nostru interior: noi trebuie să ne sesizăm senzațiile fizice și să acționăm la unison cu ele, dacă dorim să ne menținem corpul în

siguranță. Spre exemplu, sesizarea senzației de frig ne determină să ne punem un pulover; conștientizarea senzației de foame sau de amețeală ne spune că ne-a scăzut glicemia și ne determină să mâncăm ceva; presiunea generată de umplerea vezicii ne trimite de urgență la baie. Damasio explică faptul că toate structurile cerebrale care înregistrează sentimentele de fundal sunt localizate lângă zonele care controlează funcțiile interne de bază, cum ar fi respirația, apetitul, eliminarea și ciclul somn/veghe: „Acest lucru se datorează faptului că emoțiile și atenția sunt asociate în totalitate cu sarcina primordială a gestionării vieții organismului. Ar fi imposibil să ne gestionăm viața și să ne menținem echilibrul homeostatic fără informații referitoare la starea organismului." Damasio numește aceste zone cerebrale care supervizează funcțiile interne ale organismului: „proto-sine", întrucât creează „cunoașterea fără cuvinte" care stă la baza identității noastre conștiente de sine.

SINELE AFLAT SUB AMENINȚARE

În anul 2000, Damasio și colegii săi au publicat un articol în cea mai proeminentă publicație științifică la nivel mondial, *Science*, în care au raportat că retrăirea unei emoții negative puternice generează schimbări semnificative în zonele cerebrale care primesc semnale nervoase de la mușchi, intestine și piele – zone cruciale pentru reglarea funcțiilor corporale de bază. Imaginile cerebrale scanate de cercetători au arătat că evocarea unui eveniment emoțional din trecut ne face să reexperimentăm senzațiile viscerale pe care le-am simțit efectiv în timpul acestuia. Fiecare tip de emoție a produs un tipar caracteristic, distinct de celelalte. Spre exemplu, o parte a trunchiului cerebral era „activă în ceea ce privește tristețea și mânia, dar nu și fericirea sau teama". Toate aceste regiuni cerebrale sunt situate sub sistemul limbic cu care sunt asociate în mod tradițional emoțiile, dar noi le recunoaștem de fiecare dată când folosim o expresie comună ce asociază emoțiile puternice cu corpul, precum: „îmi faci greață", „mi s-a făcut pielea de găină", „am simțit că mă înec", „mi-a stat inima" sau „îmi dă fiori".

Sistemul elementar al sinelui din trunchiul cerebral și din sistemul limbic este activat masiv atunci când o persoană este amenințată cu moartea, fapt care îi generează o senzație copleșitoare de teamă

și de teroare, însoțită de o excitație fiziologică intensă. Pentru cei care retrăiesc o traumă nimic nu mai pare să aibă sens; ei sunt captivi într-o situație de viață și de moarte, într-o stare de teamă care îi paralizează sau de furie oarbă. Mintea și corpul lor sunt excitate în permanență, ca și cum s-ar afla într-un pericol iminent. Ei se sperie la cel mai mic zgomot și se simt frustrați la cel mai mic motiv de iritare. Somnul lor este profund perturbat, iar mâncarea își pierde savoarea senzorială. La rândul lui, acest lucru le poate declanșa încercarea disperată de a-și bloca în totalitate sentimentele prin încremenire și prin disociere.

Cum își pot redobândi oamenii controlul atunci când creierul lor animal rămâne captiv în lupta pentru supraviețuire? Dacă este adevărat că ceea ce se întâmplă în creierul nostru animal ne dictează sentimentele și senzațiile, și că senzațiile noastre corporale sunt orchestrate de structurile cerebrale subcorticale (subconștiente), cât control putem avea noi asupra lor?

ASUMAREA PROPRIEI VIEȚI

„Asumare" este un termen tehnic care face referire la asumarea controlului asupra propriei vieți. Ea presupune să știi unde te afli, să ai un cuvânt de spus în ceea ce ți se întâmplă și să îți poți modela circumstanțele. Veteranii care izbeau cu pumnul în pereții Administrației pentru Veterani încercau să își manifeste în acest fel asumarea, faptul că puteau face ceva. Din păcate, ei sfârșeau inevitabil prin a se simți și mai lipsiți de control, căci mulți din acești bărbați – cândva plini de încredere în sine – erau captivi într-un ciclu care oscila între activitatea frenetică și imobilitate.

Asumarea începe cu ceea ce oamenii de știință numesc interocepție, capacitatea noastră de a ne conștientiza sentimentele senzoriale interne (corporale). Cu cât această capacitate de conștientizare este mai mare, cu atât mai plenar este potențialul nostru de a ne controla propria viață. Cunoașterea senzațiilor noastre interioare este primul pas către înțelegerea *motivelor* pentru care simțim ceea ce simțim. Dacă suntem conștienți de schimbările constante din mediul nostru interior și exterior, noi ne putem mobiliza pentru a le gestiona. Noi nu putem face însă acest lucru decât dacă turnul nostru de veghe, CPFM, învață să observe ce se întâmplă în

interiorul nostru. Acesta este principalul motiv pentru care practica lucidității, care întărește CPFM, reprezintă o piatră de temelie a recuperării de pe urma unei traume.

După ce am văzut filmul *Marșul pinguinilor*, pe care îl consider minunat, m-am trezit că mă gândesc la mulți dintre pacienții mei. Pinguinii sunt stoici și răbdători, și pare tragic să afli că ei au îndurat din timpuri imemoriale greutăți indescriptibile pentru a ajunge la locul lor de împerechere, la o distanță de 100 de kilometri de mare, numai pentru a pierde aici numeroase ouă din cauza expunerii în aer liber, după care, înfometați aproape de moarte, se târăsc înapoi către ocean. Dacă pinguinii ar avea lobii noștri frontali, ei și-ar construi igluuri cu aripioarele lor, și-ar crea o diviziune a muncii și și-ar organiza mai bine rezervele de hrană. Mulți dintre pacienții mei au reușit să supraviețuiască unei traume printr-un curaj și o perseverență colosale, dar numai pentru a reitera apoi din nou și din nou acest comportament. Trauma le-a blocat busola interioară și i-a privat de imaginația necesară pentru a-și crea o viață mai bună.

Neuroștiința identității de sine și a asumării propriei vieți validează terapiile somatice create de prietenii mei Peter Levine și Pat Ogden. Voi descrie în detaliu aceste terapii și alte abordări senzoriomotorii în partea a cincea a cărții, dar până atunci doresc să precizez că metoda lor are un triplu scop:

- Să extragă informațiile senzoriale blocate și înghețate de traumă;
- Să îi ajute pe pacienți să se împrietenească cu energiile eliberate de această experiență interioară, nu să și le suprime;
- Să încheie acțiunile fizice de autoprezervare în care au rămas captivi în momentul în care au fost imobilizați în ele din cauza terorii.

Sentimentele noastre instinctuale ne semnalează ce anume este sigur pentru noi, ce ne susține viața și ce reprezintă o amenințare, chiar dacă nu ne putem explica de ce simțim ceea ce simțim. Mediul nostru senzorial interior ne transmite încontinuu mesaje subtile referitoare la nevoile organismului nostru. În plus, sentimentele instinctuale ne ajută să evaluăm ce se întâmplă în jurul nostru. Spre exemplu,

ele ne avertizează că bărbatul care se apropie de noi pare ciudat, dar ne ajută să ne simțim într-o stare de pace interioară într-o cameră cu o priveliște amplă înconjurată de tufe de liliac. Dacă avem o conexiune confortabilă cu senzațiile noastre interioare, având încredere că ne oferă informații corecte, noi simțim automat că ne controlăm propriul corp, propriile sentimente și propriul sine.

Din păcate, oamenii traumatizați simt o nesiguranță cronică în interiorul corpului lor. Trecutul rămâne viu pentru ei, sub forma unui disconfort interior continuu. Corpul lor este bombardat constant de semnale viscerale de avertizare, și în încercarea de a controla aceste procese, ei devin adesea experți în a-și ignora sentimentele instinctuale și în a-și amorți luciditatea, ignorând ceea ce se întâmplă în jurul lor. Cu alte cuvinte, ei învață să se ascundă de propriul lor sine.

Cu cât cineva încearcă mai abitir să își ignore semnalele de avertizare, cu atât mai mare este probabilitatea ca acestea să preia controlul asupra lui, lăsându-l într-o stare de confuzie, de șoc și de rușine. Oamenii care nu se simt confortabil atunci când observă ce se întâmplă în interiorul lor devin vulnerabili, reacționând la orice schimbare senzorială fie printr-o închidere totală, fie printr-o senzație de panică. În final, ei ajung să se teamă chiar de teama lor.

La ora actuală se știe că simptomele panicii sunt menținute în mare măsură din cauza fricii de senzațiile corporale, asociate cu atacurile de panică. Un atac poate fi declanșat de un factor irațional, dar teama de senzații amplifică starea de panică până când aceasta ajunge să afecteze întregul corp. Expresia „înlemnit de spaimă" (intrarea în colaps și amorțirea totală) descrie precis ce simte o persoană terorizată sau traumatizată. Ea reprezintă însuși fundamentul visceral al traumei. Experiența fricii derivă din reacțiile primitive în fața amenințărilor, atunci când nu ai nicio cale de scăpare. Viața omului devine ostatica fricii sale până la schimbarea experienței viscerale.

Prețul ignorării sau distorsionării mesajelor corporale este incapacitatea de a detecta ceea ce este cu adevărat periculos sau nociv pentru tine, dar și ceea ce este sigur și favorabil. Autoreglarea depinde de o relație prietenoasă cu corpul tău. Fără ea, tu ești nevoit să te bazezi pe o reglare externă, cu ajutorul medicamentelor, al drogurilor și al alcoolului, al asigurărilor constante primite de la ceilalți sau al satisfacerii compulsive a dorințelor lor.

Mulți dintre pacienții mei nu răspund la stres prin observarea și numirea lui, ci prin migrene sau atacuri de astm. Spre exemplu, Sandy, o infirmieră de vârstă mijlocie, mi-a spus că în copilărie s-a simțit tot timpul îngrozită și singură, fiind invizibilă pentru părinții ei alcoolici. Pentru a supraviețui, ea s-a învățat să fie excesiv de amabilă cu toți cei de care depindea (inclusiv cu mine, terapeutul ei). Ori de câte ori soțul ei făcea o observație insensibilă, ea făcea un atac de astm. Până când observa că nu mai poate respira, era prea târziu pentru inhalator, așa că trebuia să fie dusă la spitalul de urgență.

Suprimarea strigătelor interioare de ajutor nu ne împiedică hormonii stresului să ne imobilizeze corpul. Deși Sandy s-a învățat să își ignore problemele relaționale și să își blocheze semnalele fizice care îi semnalau neplăcerea, acestea se manifestau totuși sub forma altor simptome, care îi solicitau atenția. În cadrul terapiei, ne-am focalizat asupra identificării legăturii dintre senzațiile fizice și emoțiile sale. De asemenea, am încurajat-o să se înscrie într-un program de kickboxing[1]. În cei trei ani în care mi-a fost pacientă, ea nu a mai ajuns niciodată la spitalul de urgență.

Simptomele somatice care nu au explicații fizice clare sunt omniprezente la copiii și adulții traumatizați. Printre acestea se numără durerile cronice de spate și de cefalee, fibromialgia, migrenele, problemele digestive, colonul spastic (sindromul colonului iritabil), oboseala cronică și unele tipuri de astm. Copiii traumatizați sunt de 50 de ori mai predispuși să sufere de astm decât cei care cresc în condiții normale. Studiile au arătat că foarte mulți copii și adulți care fac un atac fatal de astm nu aveau habar că au probleme respiratorii înainte de atac.

ALEXITIMIA: SENZAȚII CARE NU POT FI DESCRISE ÎN CUVINTE

Una din mătușile mele, o văduvă cu un istoric traumatic dureros, a devenit bunica onorifică a copiilor mei. Ea venea adeseori în vizită la noi, croind draperii, rearanjând rafturile din bucătărie și cosând hainele copiilor, dar fără să vorbească prea mult. Era întotdeauna dornică să ne facă pe plac, dar ne era foarte greu să ne dăm seama ce

[1] Sport în care prevalează loviturile cu piciorul. (n. tr.)

anume îi făcea *ei* plăcere. După câteva zile în care făceam schimb de amabilități, conversația cu ea se bloca pur și simplu, și trebuia să fac un mare efort pentru a umple lungile perioade de tăcere dintre noi. În ultima zi a vizitei sale, o conduceam întotdeauna la aeroport, unde mă îmbrățișa rigid, cu ochii inundați de lacrimi. Se plângea apoi imediat (fără să fie deloc ironică) de faptul că vântul rece de pe Aeroportul Internațional Logan îi usturа ochii, făcându-i să lăcrimeze. Corpul ei simțea tristețea pe care mintea sa nu o putea înregistra, generată de faptul că era nevoită să părăsească familia noastră tânără, singurele rude apropiate care îi mai rămăseseră.

Psihiatrii numesc acest fenomen alexitimie, de la cuvântul grecesc *alexithymia*, care înseamnă a nu avea cuvinte pentru ceea ce simți. Foarte mulți copii și adulți traumatizați nu pot descrie ce simt, pentru simplul motiv că nu pot identifica semnificația senzațiilor lor. Spre exemplu, chiar dacă se înfurie, ei neagă că ar fi furioși. La fel, chiar dacă sunt speriați, susțin că se simt bine. Incapacitatea de a discerne ce se întâmplă în interiorul corpului lor îi face să nu fie în contact cu nevoile lor, și implicit să nu se poată îngriji în mod adecvat de ei înșiși, de la mâncatul unei cantități adecvate de mâncare la ora potrivită și până la somnul de care are nevoie organismul lor.

La fel ca mătușa mea, alexitimicii substituie limbajul emoțiilor cu cel al acțiunii. Atunci când sunt întrebați: „Ce ai simți dacă ai vedea un camion care se îndreaptă către tine cu 120 de kilometri la oră?", marea majoritate a oamenilor ți-ar răspunde ceva de gen: „aș fi îngrozit" sau „aș încremeni de frică", dar un alexitimic ți-ar spune: „Cum m-aș simți?... Habar n-am... Probabil că m-aș da la o parte." Acești oameni au tendința de a-și înregistra emoțiile ca probleme fizice, nu ca niște semnale că ceva încearcă să le atragă atenția. În loc să se simtă furioși sau triști, ei experimentează dureri musculare, dereglarea procesului de evacuare a intestinelor sau alte simptome cărora medicii nu reușesc să le găsească o cauză. Circa trei sferturi dintre pacienții care suferă de anorexie nervoasă și mai bine de jumătate dintre toți bolnavii de bulimie sunt confuzi în privința senzațiilor lor emoționale și nu reușesc să le descrie în cuvinte. Atunci când cercetătorii le-au arătat unor suferinzi de alexitimie imagini ale unor fețe furioase sau supărate, aceștia nu și-au putut da seama ce exprimau acele fețe.

Unul dintre primii oameni care mi-au vorbit despre alexitimie a fost psihiatrul Henry Krystal, care a lucrat cu peste o mie

de supraviețuitori ai Holocaustului, încercând să înțeleagă trauma psihică masivă. El însuși un supraviețuitor al unui lagăr de concentrare, Krystal a descoperit că mulți dintre pacienții săi aveau succes în plan profesional, dar aveau relații intime distante și insignifiante. Suprimarea sentimentelor îi ajuta să se descurce foarte bine în lumea afacerilor, dar plătind un preț foarte mare. Ei au învățat să își blocheze emoțiile cândva copleșitoare, ajungând să nu mai recunoască ce simt. Foarte puțini dintre ei erau cu adevărat interesați de psihoterapie.

Paul Frewen de la Universitatea din Ontario de Vest a efectuat o serie de scanări cerebrale unor suferinzi de SSPT și de alexitimie. Una dintre participante i-a spus: „Nu știu ce simt. Este ca și cum capul și corpul meu nu ar fi conectate între ele. Trăiesc într-un tunel, într-o ceață. Indiferent ce mi se întâmplă, reacția mea este inevitabil aceeași: de amorțeală totală. Indiferent dacă fac o baie cu bule, sunt violată sau mă ard, simt același lucru: nimic. Creierul meu nu are senzații." Frewen și colega sa Ruth Lanius au descoperit că cu cât cineva este mai deconectat de senzațiile sale, cu atât mai slabă este activitatea corespondentă din zonele cerebrale care percep senzațiile asociate cu identitatea de sine.

Dat fiind că oamenii traumatizați nu reușesc să simtă ce se întâmplă în corpul lor, ei nu sunt capabili de o reacție nuanțată la frustrare. Ei reacționează la stres fie printr-o închidere totală, fie printr-o furie excesivă. Indiferent de reacția lor, de multe ori ei nu pot preciza ce anume îi deranjează. Această incapacitate de a fi în contact cu corpul lor contribuie la incapacitatea lor de autoprotecție (foarte bine documentată), la ratele înalte ale revictimizării, la dificultatea lor remarcabilă de a simți plăcerea și senzualitatea, și la incapacitatea lor de a da sens lucrurilor pe care le simt.

Oamenii care suferă de alexitimie nu se pot face bine decât dacă învață să își recunoască relația cu senzațiile fizice și cu emoțiile, la fel cum oamenii care nu percep culorile nu pot pătrunde în lumea acestora decât prin învățarea distincției și aprecierii nuanțelor de gri. La fel ca mătușa mea și ca pacienții lui Henry Krystal, de regulă ei sunt reticenți în a face acest lucru. Cei mai mulți dintre ei par să fi luat decizia inconștientă potrivit căreia este mai bine să meargă la medici și să își trateze bolile care nu se vindecă decât să se confrunte deschis cu demonii lor din trecut.

DEPERSONALIZAREA

Un pas mai departe în jos pe scala care duce la uitarea de sine este depersonalizarea – pierderea simțului identității de sine. O ilustrare perfectă a depersonalizării este imaginea scanată a creierului lui Ute, prezentată în capitolul 4, care nu arată nicio zonă cerebrală activată. Depersonalizarea este un fenomen comun în timpul experiențelor traumatice. Mi s-a întâmplat o dată să fiu jefuit într-un parc, în miez de noapte, undeva lângă casa mea. M-am văzut atunci de sus, plutind pe deasupra scenei, întins pe zăpadă, cu o mică rană în zona capului și cu trei adolescenți înarmați cu cuțite în jurul meu. Mi-am disociat atunci durerea provocată de rănile pe care mi le-au făcut cu cuțitele pe mâini și nu am simțit nici cea mai mică teamă când am negociat cu ei înapoierea portofelului meu gol.

Nu cred că am ajuns să sufăr de SSPT în parte pentru că eram extrem de curios să am o experiență pe care am studiat-o atât de mult timp la alții, și în parte pentru că am fost convins că voi putea face o schiță a jefuirii mele pentru poliție. De bună seamă, tinerii nu au fost prinși niciodată, dar fantezia răzbunării trebuie să îmi fi conferit atunci un simț extrem de satisfăcător al asumării.

Oamenii traumatizați nu sunt la fel de norocoși cum am fost eu. Ei se simt separați de corpul lor. O descriere extrem de pertinentă a depersonalizării a fost făcută de psihanalistul german Paul Schidler în anul 1928, la Berlin: „Lumea îi apare individului depersonalizat ca un loc ciudat, deosebit, străin și oniric. În mod paradoxal, obiectele i se par uneori diminuate, iar alteori plate. Sunetele par să provină de la mare distanță... Emoțiile sunt percepute și ele într-o manieră modificată. Pacienții se plâng că nu pot experimenta nici plăcerea, nici durerea... Ei au devenit niște străini pentru ei înșiși."

Am fost fascinat să aflu că un grup de neurologi de la Universitatea din Geneva a reușit să inducă experiențe extracorporale similare prin aplicarea unui curent electric de intensitate slabă într-o zonă particulară din creier: joncțiunea parietalo-temporală. La o pacientă, acest lucru a produs o senzație în care se făcea că atârna de tavan, privind în jos la corpul său; la o alta a produs o senzație stranie, cum că cineva stătea în spatele ei. Studiul a confirmat ceea ce ne spun pacienții: că sinele poate fi detașat de corp, trăind independent, într-o existență fantomatică. Într-o manieră similară, Lanius

și Frewen, precum și un grup de cercetători de la Universitatea din Groningen, Olanda, au făcut scanări ale creierului unor oameni care s-au disociat de trauma lor și au descoperit că centrii cerebrali ai fricii se închideau pur și simplu la aceștia atunci când își reaminteau evenimentul traumatic trăit.

ÎMPRIETENIREA CU CORPUL

Victimele traumelor nu se pot recupera decât dacă se refamiliarizează și dacă se reimprietenesc cu senzațiile lor corporale. Trauma înseamnă să trăiești într-un corp aflat întotdeauna în gardă. Oamenii furioși trăiesc într-un corp furios. Corpul victimelor care au suferit abuzuri în copilărie este tensionat și defensiv, până când acestea descoperă o modalitate de a se relaxa și de a se simți în siguranță. Pentru a se putea schimba, oamenii trebuie să devină conștienți de senzațiile lor și de felul în care interacționează corpul lor cu lumea din jur. Conștiința corporală propriu-zisă este primul pas către eliberarea de tirania trecutului.

Cum se poate deschide cineva pentru a-și explora lumea internă a senzațiilor și a emoțiilor? În practica mea, eu inițiez acest proces ajutându-mi pacienții să își observe, iar apoi să își descrie senzațiile corporale – nu emoțiile de genul mâniei, anxietății sau fricii, ci senzațiile fizice din spatele acestora: presiunea, căldura, tensiunea musculară, furnicăturile, golul interior și așa mai departe. De asemenea, insist asupra identificării senzațiilor asociate cu relaxarea sau cu plăcerea. Îmi ajut astfel pacienții să devină conștienți de respirația, de gesturile și de mișcările lor. Le cer să fie atenți la schimbările subtile din corpul lor, cum ar fi contracția din zona pieptului sau a abdomenului atunci când vorbesc despre diferite evenimente negative pretinzând că acestea nu îi deranjează.

Observarea pentru prima dată a acestor senzații poate fi destul de tulburătoare, precipitând amintiri recurente care îi fac pe pacienți să se strângă în ei sau să își asume o poziție defensivă. Acestea sunt reiterări somatice ale traumei nedigerate și reprezintă cel mai probabil posturile pe care și le-au asumat în momentul producerii efective a traumei. În acest punct, mulți pacienți sunt asaltați de un potop de imagini și senzații fizice, iar terapeutul trebuie să fie familiarizat cu tehnicile de stopare a acestor senzații și emoții, pentru a nu-și

traumatiza din nou pacienții prin reiterarea trecutului. (Foarte mulți profesori, infirmieri și polițiști se pricep de minune să aline reacțiile de teroare, întrucât se confruntă zi de zi cu oameni lipsiți de control sau puternic dezorganizați.)

Din păcate, cel mai adesea pacienților le sunt prescrise medicamente precum Abilify, Zyprexa sau Seroquel, în loc să fie învățați să își gestioneze aceste reacții fizice neplăcute. De bună seamă, medicamentele nu fac decât să le amorțească senzațiile, fără a le rezolva în vreun fel și fără a le transforma din agenți nocivi în aliați.

Modalitatea cea mai naturală prin care oamenii se pot calma singuri atunci când sunt supărați constă în a se agăța de o altă persoană. Pacienții care au fost agresați fizic sau sexual se confruntă însă cu o dilemă: ei își doresc cu disperare să fie atinși, dar în același timp se tem de moarte de contactul corporal. Mintea lor trebuie să fie reeducată astfel încât să poată simți senzațiile fizice, iar corpul lor trebuie să fie ajutat să tolereze și să se bucure de mângâierea atingerii. Prin practică, oamenii cărora le lipsește capacitatea de a-și conștientiza emoțiile își pot reconecta senzațiile corporale cu evenimentele psihologice. În acest fel, ei se pot reconecta încetul cu încetul cu ei înșiși.

CONECTAREA CU SINE, CONECTAREA CU CEILALȚI

Voi încheia acest capitol cu un studiu final care demonstrează costul pierderii contactului cu corpul tău. După ce Ruth Lanius și grupul ei au obținut scanări ale creierelor inactive, ei s-au focalizat asupra unei alte întrebări din viața de zi cu zi: ce se întâmplă cu oamenii traumatizați atunci când stabilesc un contact față în față cu alți oameni?

Foarte mulți pacienți care vin în cabinetul meu sunt incapabili să stabilească un contact ocular cu mine. De îndată ce sesizez acest lucru, îmi dau seama cât de tulburați trebuie să se simtă. Absolut de fiecare dată descopăr că ei se simt demni de dispreț și nu își doresc ca eu să îmi dau seama cât de dezgustători sunt. Nu m-am gândit însă niciodată că aceste sentimente intense de rușine ar putea fi reflectate de o activitate anormală a creierului. Și de această dată, Ruth Lanius a demonstrat că mintea și creierul sunt imposibil de disociat: tot ce se întâmplă în minte este reflectat imediat de corp, și invers.

Ruth a cumpărat un aparat scump care prezintă un emu dintr-un clip video persoanei care stă întinsă în scanner. (În cazul de față, eroul amintea de actorul Richard Gere.) Personajul se poate apropia fie frontal (privind direct persoana în față), fie dintr-un unghi de 45 de grade, având astfel privirea deviată. Acest lucru a permis compararea efectelor contactului ocular direct asupra activării creierului prin comparație cu cele ale contactului ocular indirect.

Cea mai izbitoare diferență dintre grupul de control (subiecții normali) și cel al supraviețuitorilor unei traume cronice s-a înregistrat la activarea cortexului prefrontal ca reacție la contactul ocular direct. În mod normal, cortexul prefrontal (CPF) ne ajută să evaluăm persoana care se îndreaptă către noi, caz în care neuronii noștri oglindă îi analizează intențiile. Subiecții cu SSPT nu și-au activat însă lobul frontal, nemanifestând nici cea mai mică curiozitate în privința străinului. Ei au reacționat însă printr-o activare extrem de intensă a creierului emoțional, mai exact a zonelor primitive cunoscute sub numele de Zonele Cenușii Periacvaductale, care guvernează sperieturile, hipervigilența, lașitatea și alte comportamente de autoprotecție. Nu a existat nicio activare a vreunei zone cerebrale implicate în angajamentul social. Acești subiecți au intrat pur și simplu în modul de supraviețuire – prin simplul fapt că au fost priviți direct.

Ce înseamnă acest lucru pentru capacitatea lor de a-și face prieteni și de a se înțelege cu ceilalți oameni? Dar pentru psihoterapia lor? Pot avea suferinzii de SSPT încredere în psihoterapeutul lor pentru a-i încredința acestuia cele mai mari temeri ale lor? Pentru a avea o relație autentică, este necesar să îi experimentezi pe ceilalți ca niște indivizi separați, fiecare cu propriile sale motivații și intenții. Deși trebuie să fii capabil să îți impui punctul de vedere, trebuie de asemenea să fii capabil să recunoști intențiile celorlalți oameni. Trauma poate face ca acest mecanism să devină extrem de neclar.

PARTEA A TREIA:

MINTEA COPILULUI

Capitolul 7

PE ACEEAŞI LUNGIME DE UNDĂ: ATAŞAMENT ŞI PUNERE LA UNISON

Rădăcinile capacităţii de rezistenţă... rezidă în sentimentul că eşti înţeles şi că există în mintea şi în inima unei alte fiinţe pline de iubire, centrată şi ferm ancorată în realitate.

— Diana Fosha

Clinica pentru Copii din cadrul Centrului de Sănătate Mintală din Massachusetts era plină de copii dezechilibraţi şi greu de suportat. Aceştia erau nişte creaturi sălbatice, incapabile să stea liniştite, care îi loveau şi îi băteau pe ceilalţi copii, repezindu-se uneori chiar la personalul medical. Când alergau şi se lipeau de tine, fără să îţi mai dea drumul, când se fereau de tine, speriaţi de moarte. Unii se masturbau compulsiv. Alţii îşi descărcau furia asupra obiectelor, asupra animalelor şi asupra lor înşişi. Cu toţii erau însetaţi de afecţiune, furioşi şi sfidători. Îndeosebi fetele erau dureros de speriate. Indiferent dacă erau rebeli sau dependenţi de afecţiunea adulţilor, niciunul din copii nu părea capabil să exploreze sau să se joace la fel ca ceilalţi copii de vârsta lor. Unii aproape că nu aveau o identitate de sine, neputându-se nici măcar recunoaşte într-o oglindă.

La acea vreme ştiam foarte puţine lucruri despre copii, în afară de ceea ce mă învăţau cei doi copii preşcolari ai mei. Am avut însă norocul să lucrez cu Nina Fish-Murray, care a studiat cu Jean Piaget la Geneva, şi în plus avea cinci copii ai săi. Piaget şi-a bazat teoriile referitoare la dezvoltarea copilului pe observarea directă şi meticuloasă a acestora, începând cu propriii săi copii, iar Nina a adus acest spirit la Centrul pentru Traume din cadrul CSMM.

Nina era căsătorită cu fostul președinte al catedrei de psihologie de la Harvard, Henry Murray, unul din pionierii teoriei personalității, și îi încuraja activ pe membrii mai tineri ai personalului didactic care îi împărtășeau interesele. Era absolut fascinată de relatările mele referitoare la veteranii de război, care îi reaminteau de copiii-problemă cu care a lucrat în școlile publice din Boston. Poziția privilegiată și farmecul personal al Ninei ne-au permis accesul la Clinica pentru Copii, care era condusă de psihiatri pediatri foarte puțin interesați de traume.

Henry Murray a devenit faimos – printre altele – pentru crearea Testului de Percepție Tematică. Testul TPT mai este numit și testul proiectiv, deoarece folosește un set de cartonașe pentru a descoperi cum modelează realitatea internă a oamenilor viziunea lor asupra lumii exterioare. Spre deosebire de cartonașele Rorschach pe care le-am folosit în cazul veteranilor de război, cartonașele TPT prezintă scene realiste, dar ambigue și uneori tulburătoare, cum ar fi: un bărbat și o femeie privind în gol, în direcții diferite, sau un băiat privind o vioară spartă. Subiecților li se cere să creeze o poveste legată de ceea ce văd în fotografie: ce cred ei că s-a întâmplat anterior și ce urmează să se întâmple în continuare. De cele mai multe ori, interpretările lor relevează rapid temele care îi preocupă.

Împreună cu Nina, am decis să creăm un set de cartonașe speciale pentru copii, bazate pe imagini decupate din revistele din sala de așteptare a clinicii. Primul nostru studiu a comparat 12 copii cu vârste cuprinse între șase și unsprezece ani de la Clinica pentru Copii cu alți copii de la o școală învecinată, comparabili cu ei ca vârstă, rasă, nivel de inteligență și familie. Ceea ce i-a diferențiat pe pacienții noștri au fost abuzurile pe care le-au suferit în cadrul familiilor lor. Printre ei s-au numărat un băiețel cu numeroase vânătăi rămase de pe urma bătăilor primite de la mama sa; o fetiță molestată la vârsta de patru ani de tatăl ei; doi băieți care au fost legați în mod repetat de un scaun și biciuiți; și o fată care și-a văzut la vârsta de cinci ani mama (o prostituată) violată, dezmembrată, arsă și aruncată în portbagajul unei mașini. Exista suspiciunea că peștele mamei a abuzat-o sexual și pe fetiță.

Copiii din grupul de control trăiau la rândul lor în sărăcie, într-o zonă sordidă a Bostonului în care asistau frecvent la scene șocante de violență. Chiar în timp ce ne realizam studiul, unul din elevii de la școala respectivă și-a stropit un coleg cu benzină și i-a dat foc.

Un altul a fost prins într-un schimb încrucișat de gloanțe în timp ce venea la școală împreună cu tatăl său și cu un prieten. Băiatul a fost rănit în zona abdomenului, iar prietenul său a murit pe loc. Dată fiind expunerea copiilor la un nivel de violență atât de mare, întrebarea pe care ne-am pus-o a fost: aveau să fie reacțiile lor în fața cartonașelor diferite față de cele ale copiilor internați în spital?

Unul din cartonașele noastre înfățișa o scenă de familie: doi copii zâmbitori își priveau tatăl reparând o mașină. Toți copiii care au privit fotografia au făcut comentarii referitoare la pericolul la care se expunea bărbatul de sub mașină. În timp ce copiii din grupul de control au inventat însă povești cu un sfârșit fericit – repararea mașinii, urmată eventual de ducerea copiilor la McDonald's de către tată – cei traumatizați și-au imaginat cele mai groaznice povești. O fată ne-a declarat că fetița din fotografie se pregătea să îi strivească tatălui capul cu ciocanul. Un băiețel de nouă ani, care fusese grav abuzat fizic, ne-a spus o poveste elaborată în care băiatul din fotografie a smuls cricul de sub mașină, care s-a prăbușit peste tatăl său, împroșcându-i sângele pe pereții garajului.

În timp ce ne spuneau poveștile lor, pacienții noștri au devenit extrem de agitați și de dezorganizați. Am fost nevoiți să facem pauze dese pentru a merge să le dăm apă sau să facem mici plimbări înainte de a le putea arăta următorul cartonaș. Nu este de mirare că marea

majoritate au fost diagnosticaţi cu ADHD şi cei mai mulţi dintre ei luau Ritalin, deşi medicamentul nu părea să le reducă în niciun fel agitaţia în cazul de faţă.

Copiii abuzaţi au dat răspunsuri similare în faţa imaginii inocente a unei siluete a unei femei însărcinate în faţa ferestrei. Atunci când i-am arătat imaginea unei fetiţe de şapte ani care fusese abuzată sexual la vârsta de patru ani, ea ne-a vorbit despre penisuri şi vagine, întrebând-o în mod repetat pe Nina: „Tu câţi bărbaţi ai călărit?" La fel ca alte fete abuzate din studiul nostru, fetiţa a devenit atât de agitată încât am fost nevoiţi să ne oprim. O fetiţă tot de şapte ani din grupul de control a sesizat privirea melancolică a femeii. Ea a inventat o poveste despre o văduvă care privea cu tristeţe pe fereastră, fiindu-i dor de soţul ei. În final, ea şi-a găsit însă un bărbat plin de iubire care s-a dovedit a fi un tată bun pentru copilul ei.

Cartonaş după cartonaş, am constatat că în pofida predispoziţiei de a vedea pretutindeni probleme, copiii care nu au fost abuzaţi continuau să creadă într-un univers binevoitor, imaginându-şi cu uşurinţă modalităţi de ieşire din cele mai neplăcute situaţii. Ei păreau să se simtă protejaţi şi în siguranţă în familia lor. Mai mult decât atât, se simţeau iubiţi cel puţin de unul din părinţi, ceea ce reprezenta o diferenţă substanţială, făcându-i mai dornici să îşi facă temele şi să înveţe.

Răspunsurile pe care le-am primit de la copiii internaţi la clinică au fost de-a dreptul alarmante. Chiar şi cele mai inocente imagini le trezeau acestora sentimente intense de pericol, excitaţie sexuală şi teroare. Intenţia noastră nu a fost să selectăm respectivele imagini

deoarece aveau semnificații ascunse pe care numai cei foarte sensibili le puteau descoperi. Dimpotrivă, am ales imagini banale din viața de zi cu zi. Singura concluzie pe care am putut-o trage a fost aceea că în cazul copiilor abuzați, întreaga lume părea o capcană. Atât timp cât nu își puteau imagina altceva decât un rezultat dezastruos chiar și la cele mai benefice situații, ei percepeau orice străin care intra în cameră sau pe care îl vedeau pe stradă, orice imagine de pe un ecran sau de pe un panou – ca pe un vestitor al unei catastrofe. În această lumină, comportamentul lor bizar și haotic căpăta mult mai multă noimă.

Spre uimirea mea, discuțiile cu personalul de la clinică nu menționau decât arareori experiențele oribile prin care au trecut copiii și impactul acestor traume asupra sentimentelor, gândurilor și mecanismului lor de autoreglare. Dimpotrivă, fișele lor medicale erau pline cu diagnostice șablon: „tulburare de conduită" sau „tulburare de tip opoziție-sfidare" pentru copiii rebeli și furioși; sau „sindromul bipolar". ADHD-ul era un diagnostic „comorbid" pentru aproape toți copiii. Aceste diagnostice cu nume pretențioase nu făceau decât să ascundă adevărata cauză a comportamentului copiilor: trauma.

În continuare, ne-am confruntat cu două mari provocări: pe de o parte, aceea de a învăța în ce măsură era justificată capacitatea lor sporită de rezistență de perspectiva diferită asupra lumii pe care o aveau copiii normali, iar pe un nivel mai profund, cum își creează fiecare copil harta personală a lumii; pe de altă parte, aceea de a înțelege în ce măsură este posibil să ajutăm mintea și creierul copiilor brutalizați să își redeseneze harta interioară și să integreze în ea un simț al încrederii în viitorul lor.

BĂRBAȚI FĂRĂ MAME

Studiul științific al relației vitale dintre bebeluși și mama lor a fost inițiat de mai mulți englezi din clasa superioară care au fost smulși din familia lor și trimiși la o școală cu internat, unde au fost educați într-un regim foarte strict, fără a avea acces la sexul opus. Prima dată când am vizitat faimoasa Clinică Tavistock din Londra am remarcat o colecție de fotografii în alb și negru ale unor mari psihiatri din secolul XX, atârnate pe peretele ce mărginea scara principală: John Bowlby, Wilfred Bion, Harry Guntrip, Ronald Fairbairn și Donald

Winnicott. Toți aceștia au explorat – fiecare în felul său – maniera în care primele noastre experiențe devin prototipuri ale tuturor conexiunilor noastre ulterioare cu ceilalți oameni și în care simțul cel mai intim al identității noastre de sine este creat prin interacțiunile noastre cu cei care ne îngrijesc.

Oamenii de știință studiază ceea ce îi uimește cel mai tare. De aceea, ei devin adeseori experți în domenii pe care alții le consideră de la sine înțelese. (Sau, după cum mi-a spus odată cercetătoarea în domeniul atașamentului Beatrice Beebe: „Cele mai multe cercetări sunt cercetări-de-sine.") Acești bărbați care au studiat rolul mamei în viața copilului au fost ei înșiși trimiși la școală la o vârstă vulnerabilă, uneori între șase și zece ani, cu mult timp înainte să fie nevoiți să dea singuri piept cu lumea exterioară. Bowlby mi-a spus personal că aceste experiențe de internat l-au inspirat cel mai probabil pe George Orwell să scrie romanul *1984*, care exprimă într-o manieră genială maniera în care pot fi determinați oamenii să sacrifice tot ce le este mai drag pe lume, inclusiv simțul identității lor, pentru a fi iubiți și aprobați de o persoană aflată într-o poziție de autoritate.

Dat fiind că Bowlby era prieten cu Murrays, am avut ocazia să vorbesc cu acesta despre activitatea sa științifică, atunci când a vizitat Harvardul. Murrays s-a născut într-o familie aristocratică (tatăl său era chirurg la curtea Regelui). El a fost pregătit în psihologie, medicină și psihanaliză în marile temple universitare ale *establishment*-ului britanic. După ce a absolvit Universitatea Cambridge, Murrays a lucrat cu băieți delincvenți din cartierul londonez East End, vestit pentru violența și pentru crimele sale, și care a fost distrus în mare măsură în timpul bombardamentelor naziste. În timpul și după serviciul său militar din perioada celui de-al Doilea Război Mondial, Murrays a observat efectele evacuărilor și separării copiilor mici de familiile lor, pentru a fi îngrijiți în instituții comune. De asemenea, el a studiat efectul internării în spital, care arăta că chiar și separările de scurtă durată (în acea epocă, părinților nu le era permis să rămână cu copiii peste noapte) îi făceau pe copii să sufere enorm. Pe la sfârșitul anilor 40, Bowlby a devenit *persona non grata* în comunitatea psihanalitică britanică în urma afirmației sale radicale potrivit căreia comportamentul tulburat al copiilor era o reacție la experiențele din viața lor – neglijarea, brutalitatea și separarea la care erau supuși – și nu produsul unor fantezii sexuale infantile. Neabătut, el și-a dedicat

mă tot restul vieții pentru a dezvolta ceea ce a ajuns să fie numită teoria atașamentului.

O BAZĂ SIGURĂ

Atunci când intrăm în această lume, noi țipăm pentru a ne anunța prezența. Cineva începe să se ocupe imediat de noi, ne face baie, ne leagănă și ne umple stomacul. Dar mai presus de toate, noi obținem privilegiul de a fi așezați de mamă pe pântecul sau la sânul ei, într-un delicios contact interpersonal. Noi suntem prin excelență niște creaturi sociale. Viața noastră constă în a ne găsi locul în cadrul comunității ființelor umane. Personal, îmi place foarte mult o exprimare a marelui psihiatru francez Pierre Janet: „Fiecare viață este o operă de artă, creată prin toate mijloacele care ne stau la dispoziție."

Pe măsură ce creștem, noi învățăm treptat să avem grijă de noi înșine, deopotrivă în plan fizic și emoțional, dar primele lecții de autoingrijire sunt chiar cele oferite de cei care ne îngrijesc. Controlul capacității de autoreglare depinde în mare măsură de interacțiunile noastre din primii ani de viață cu părinții noștri. Copiii ai căror părinți s-au dovedit a fi surse de confort și de putere demne de încredere beneficiază de un avantaj pe întreaga durată a vieții, un fel de tampon între ei și cele mai rele lucruri care li s-ar putea întâmpla.

John Bowlby a înțeles că cei mici sunt captivați de fețe și de voci, fiind extrem de sensibili la expresiile faciale, posturi, tonalitățile vocii, schimbările fiziologice, tempoul mișcării și acțiunile incipiente. El a înțeles această capacitate înnăscută ca pe un produs al evoluției, esențial pentru supraviețuirea acestor creaturi neajutorate. În plus, copiii sunt programați să își aleagă un anumit adult (sau mai mulți, în cazuri mai rare) cu ajutorul căruia să își dezvolte sistemul natural de comunicare. Acest proces creează un atașament primar. Cu cât adultul este mai legat de copil, cu atât mai profund este acest atașament și cu atât mai predispus este copilul să își dezvolte modalități sănătoase de reacție în fața oamenilor din jurul lui.

Bowlby obișnuia să viziteze adeseori Parcul Regent din Londra, unde făcea observații sistematice ale interacțiunilor dintre copii și mamele lor. În timp ce mamele stăteau liniștite pe o bancă din parc, croșetând sau citind ziarul, copiii explorau mediul înconjurător,

privind din când în când peste umăr pentru a se asigura că mama continuă să îi supravegheze. Dacă o vecină se oprea şi îi capta atenţia mamei, bârfind împreună cu aceasta, copilul alerga imediat şi rămânea în apropiere de ea, pentru a se asigura astfel că el era principalul beneficiar al atenţiei sale. Atunci când bebeluşii şi copiii mici observă că mama lor nu mai este atentă la ei, ei devin agitaţi. Dacă mama dispare din câmpul lor vizual, mulţi încep să plângă şi nu mai pot fi consolaţi, liniştindu-se însă şi reluându-şi joaca de îndată ce mama se întoarce.

Bowlby a considerat ataşamentul plasa de siguranţă care îi permitea copilului să exploreze lumea. De-a lungul celor cinci decenii care au urmat, cercetările au stabilit dincolo de orice tăgadă că un mediu familial în care copilul se simte în siguranţă îl ajută pe acesta să capete încredere în sine şi să îşi dezvolte simţul simpatiei şi al acordării de ajutor semenilor săi aflaţi în necaz. Relaţia de ataşament stabilită cu mama sa, de tip dăruire-primire, ajută copilul să înveţe că şi ceilalţi oameni au sentimente şi gânduri, unele similare şi altele diferite de ale sale. Cu alte cuvinte, el se pune „la unison" cu mediul înconjurător şi cu oamenii din jurul său, dezvoltându-şi conştiinţa de sine, simţul empatiei, capacitatea de control al impulsurilor şi automotivaţia, care îi permit să devină mai târziu un membru stabil al mediului cultural social mai amplu. Exact aceste calităţi le lipseau într-o manieră dureroasă copiilor de la clinica noastră pentru copii.

DANSUL PUNERII LA UNISON

Copiii se ataşează de orice adult care îi îngrijeşte, dar natura acestui ataşament – măsura în care îi transmite el copilului o stare de siguranţă sau de nesiguranţă – poate da naştere unor diferenţe uriaşe de-a lungul cursului natural al vieţii copilului. Ataşamentul bazat pe siguranţă se dezvoltă atunci când actul îngrijirii sale include punerea la unison emoţională. Punerea la unison începe pe un nivel fizic extrem de subtil de interacţiune între bebeluş şi persoana care îl îngrijeşte, dându-i copilului sentimentul că este perceput şi înţeles. După cum declară cercetătorul în domeniul ataşamentului Colwyn Trevarthen (care lucrează la Edinburgh): „Creierul coordonează mişcările ritmice ale corpului, punându-le la unison cu creierele altor

oameni. Bebelușii aud și învață muzicalitatea din vorbirea mamei lor, chiar înainte de a se naște."

În capitolul 4 am descris descoperirea neuronilor-oglindă, definindu-i ca niște punți de legătură între creiere care ne conferă capacitatea empatiei. Neuronii-oglindă încep să funcționeze imediat după nașterea copilului. Atunci când cercetătorul Andrew Meltzoff de la Universitatea din Oregon și-a strâns buzele sau și-a scos limba la niște bebeluși născuți doar de șase ore, aceștia i-au imitat imediat acțiunile. (Bebelușii nu își pot focaliza ochii decât asupra obiectelor aflate la o distanță de până la 20-30 cm de ei, suficientă pentru a vedea persoana care îi ține în brațe.) Imitația este o capacitate socială fundamentală a noastră. Ea ne învață să sesizăm automat și să reflectăm comportamentul părinților, profesorilor și colegilor noștri.

Marea majoritate a părinților se leagă atât de spontan de copiii lor încât nu mai sunt conștienți de această evoluție a procesului atașamentului. O invitație primită de la un prieten, cercetătorul în domeniul atașamentului Ed Tronick, mi-a oferit prilejul de a observa mai îndeaproape acest proces. Am putut privi astfel printr-o oglindă unidirecțională de la Laboratorul pentru Dezvoltare Umană de la Harvard o mamă care se juca împreună cu băiețelul ei de două luni, aflat într-un scaun pentru bebeluși, cu fața la ea.

Cei doi se distrau de minune, până când mama s-a aplecat către copil ca să îl mângâie, iar acesta, în entuziasmul lui, a prins-o și a tras-o tare de păr. Mama a fost luată prin surprindere și a țipat de durere, împingând mânuța copilului cu fața contorsionată de mânie. Copilul i-a dat imediat drumul, iar cei doi s-au distanțat fizic. Sursa lor de bucurie a devenit pentru amândoi o sursă de durere. În mod evident speriat, copilul și-a dus mânuțele la ochi, ca să nu mai vadă fața furioasă a mamei sale. La rândul ei, dându-și seama că micuțul s-a speriat, mama a început să scoată niște sunete drăgălașe, ca să relaxeze situația. Copilul a rămas cu ochii acoperiți, dar dorința lui de conectare a învins în scurt timp. El a început să privească printre degete, pentru a se convinge că totul era bine din nou. La rândul ei, mama s-a aplecat către el cu o expresie de îngrijorare. De îndată ce a început să îi gâdile burtica, micuțul a izbucnit într-un râs fericit, și astfel starea de armonie a fost restabilită între ei. Bebelușul și mama lui s-au pus din nou la unison. Toată această suită de reacții – fericire, despărțire, reconectare și din nou fericire – a durat mai puțin de 12 secunde.

Tronick și alți cercetători au arătat că atunci când bebelușii și persoanele care îi îngrijesc sunt la unison în plan emoțional, ei sunt la unison inclusiv în plan fizic. Bebelușii nu își pot regla stările emoționale, și încă și mai puțin ritmul cardiac, nivelul hormonal și activitatea sistemului nervos care însoțesc emoțiile. Atunci când un copil se pune la unison cu persoana care îl îngrijește, bucuria și conexiunea sa sunt reflectate de ritmul său cardiac și de respirația sa stabilă, precum și de nivelul redus al hormonilor stresului. Corpul său este calm; la fel și emoțiile sale. În momentul în care această muzică este întreruptă – așa cum se întâmplă frecvent de-a lungul unei zile – toți acești factori fiziologici se modifică la rândul lor. Este ușor să îți dai seama când a fost restabilită starea de echilibru în funcție de funcțiile fiziologice, care se calmează.

Noi îi mângâiem pe noii născuți, dar părinții încep în scurt timp să își învețe copiii să tolereze nivele sporite de excitație, sarcină atribuită de regulă taților. (L-am auzit odată pe psihologul John Gottman spunând: „Mamele mângâie, iar tații dau ghionturi.") Învățarea gestionării stărilor de excitație este o sarcină importantă, iar părinții trebuie să o facă pentru copiii lor înainte ca aceștia să fie capabili să o facă singuri. Dacă un bebeluș simte un gol în stomac, el începe să plângă, iar mama îl alăptează la sân sau îi dă biberonul cu lapte. Dacă este speriat, cineva îl leagănă în brațe până când se calmează. Dacă face pe el, cineva îl schimbă. Asocierea senzațiilor interne cu starea de siguranță, de confort și de autocontrol este fundamentul autoreglării, autoalinării și autoîngrijirii, temă la care voi reveni pe parcursul acestei cărți.

Un atașament bazat pe siguranță combinat cu cultivarea competenței conduce la *preluarea internă a controlului*, un factor cheie pentru capacitatea de a-ți gestiona singur viața. Copiii care se simt atașați și în siguranță învață astfel ce anume îi face să se simtă bine; descoperă ce îi face să se simtă rău (pe ei și pe alții) și capătă un simț al responsabilității. Ei înțeleg că acțiunile lor le pot schimba starea de spirit și le pot influența celorlalți reacțiile. Copiii care se simt atașați și în siguranță învață diferența dintre situațiile pe care le pot controla și cele în care au nevoie de ajutor. Ei învață că pot juca un rol activ atunci când se confruntă cu o situație dificilă. La antipod, copiii care au suferit abuzuri și au fost neglijați învață că teroarea, implorarea și plânsul nu o influențează pe persoana care îi îngrijește. Nimic din

ce fac sau spun ei nu poate opri bătaia sau nu poate atrage atenția și ajutorul de care au nevoie. În esență, ei sunt condiționați să renunțe la orice tentativă de a încerca să iasă dintr-o situație dificilă mai târziu în viață.

TRANSPUNEREA ÎN REALITATE

Medicul pediatru și psihanalistul Donald Winnicott, contemporan cu Bowlby, este considerat părintele studiilor moderne referitoare la punerea la unison. Observațiile sale atente referitoare la mame și la copiii lor au început cu felul în care își țin mamele copiii în brațe. El a propus teoria potrivit căreia aceste interacțiuni fizice pun bazele simțului identității copilului, și implicit al identității de sine pe termen lung. Felul în care o mamă își ține în brațe copilul îi transmite acestuia „capacitatea de a-și simți corpul ca fiind locul în care trăiește psihicul". Această senzație viscerală și kinestetică a ființării corpului nostru pune bazele „transpunerii în realitate" a experiențelor pe care le trăim.

Winnicott credea că marea majoritate a mamelor se descurcă de minune cu punerea la unison cu copiii lor. Cu alte cuvinte, nu este nevoie de un talent ieșit din comun pentru a fi „o mamă bună". Lucrurile se deteriorează însă masiv atunci când o mamă nu este capabilă să se pună la unison cu realitatea fizică a copilului ei. Dacă o mamă nu poate reacționa în fața impulsurilor și nevoilor copilului ei, acesta „învață să devină una cu concepția mamei sale referitoare la el". Prin ignorarea senzațiilor sale interne și adaptarea la nevoile persoanei care îl îngrijește, copilul percepe faptul că „ceva nu este în regulă" cu realitatea pe care o trăiește. Copiii cărora le lipsește punerea la unison fizică sunt vulnerabili și predispuși să își blocheze feedbackul primit de la corpul lor – sediul plăcerii, semnificației și direcției.

În anii care au urmat prezentării noilor idei ale lui Bowlby și Winnicott, studiile referitoare la atașament din întreaga lume au arătat că marea majoritate a copiilor sunt atașați și se simt în siguranță. Atunci când cresc, faptul că au fost crescuți responsabil și îngrijiți cu atenție îi ajută să țină teama și anxietatea la distanță. Atât timp cât nu sunt expuși la traume, adică la evenimente copleșitoare care le distrug sistemul de autoreglare, ei își păstrează starea fundamentală de siguranță emoțională de-a lungul întregii vieți. Atașamentul bazat pe siguranță

modelează inclusiv relațiile copilului. Acesta percepe ce simt alții și învață de timpuriu să deosebească joaca de realitate, să identifice situațiile false și oamenii periculoși. Copiii care se simt atașați și în siguranță devin tovarăși plăcuți de joacă și trăiesc numeroase experiențe cu colegii lor în care își afirmă identitatea de sine. După ce au învățat să se pună la unison cu ceilalți oameni, ei remarcă cu ușurință schimbările subtile ale intonației vocii sau feței și își adaptează în consecință comportamentul. Ei învață să trăiască cu o înțelegere asupra lumii reciproc împărtășită și tind să devină membri valoroși ai comunității umane.

Această spirală ascendentă poate fi însă inversată cu ușurință prin abuz sau prin neglijare. Copiii abuzați sunt foarte sensibili la schimbarea nuanțelor subtile ale tonalității vocii sau ale feței, dar reacționează ca în fața unei amenințări, fără a avea tendința să se pună la unison cu ele. Dr. Seth Polak de la Universitatea din Wisconsin a arătat o serie de expresii faciale unui grup de copii normali cu vârsta de opt ani și a comparat reacțiile lor cu cele ale unui grup de copii abuzați de aceeași vârstă. Privind acest spectru de expresii care oscilează de la mânie la tristețe, copiii abuzați s-au dovedit a fi hipersensibili la trăsăturile asociate cu mânia, oricât de puțin evidente ar fi acestea.

Acesta este unul din motivele pentru care copiii abuzați devin atât de ușor defensivi sau speriați. Imaginează-ți ce ai simți dacă ar trebui să treci printr-un coridor aglomerat al școlii, încercând să descoperi cine te-ar putea agresa. Copiii care reacționează excesiv în fața agresiunii colegilor lor, care nu sunt sensibili la nevoile celorlalți copii, care se închid cu ușurință în ei sau care își pierd controlul în fața impulsurilor lor – sunt predispuși să fie respinși de colegi, care refuză să se joace cu ei. În cele din urmă, ei învață să își ascundă teama prin afișarea unei măști de duritate, sau își petrec din ce în ce mai mult timp singuri, uitându-se la televizor sau jucând jocuri pe calculator, rămânând astfel și mai mult în urmă în privința calităților interpersonale și a capacității de autoreglare emoțională.

Nevoia de atașament nu se reduce niciodată. Marea majoritate a oamenilor pur și simplu nu pot tolera lipsa prelungită a interacțiunilor sociale. Oamenii care nu se pot conecta la locul de muncă, în cadrul familiei sau cu prietenii lor, își găsesc de regulă alte modalități de a relaționa, cum ar fi boala, procesele juridice sau certurile de familie. Orice este de preferat irelevanței și alienării.

În urmă cu câțiva ani, am fost chemat în ziua de Crăciun să consult un băiat de 14 ani la Închisoarea Suffolk County. Jack fusese arestat pentru că intrase prin efracție în casa vecinilor săi plecați în vacanță. Alarma împotriva hoților încă mai suna când poliția l-a prins pe Jack în sufrageria vecinilor.

Prima întrebare pe care i-am pus-o lui Jack a fost: „Cine crezi că te va vizita de Crăciun la închisoare?" „Nimeni, mi-a răspuns el. Nimănui nu-i pasă de mine." Mai târziu, am aflat că s-a lăsat prins de nenumărate ori pentru astfel de intrări prin efracție în casa altor oameni. Îi cunoștea pe polițiști, care îl cunoșteau la rândul lor. Încântat, mi-a povestit că atunci când l-au văzut în mijlocul sufrageriei vecinilor, un polițist a strigat: „La naiba, iarăși l-am prins pe Jack, golanul acela!" Cineva l-a recunoscut, ba chiar i-a spus pe nume. Jack mi-a mărturisit: „Știi, merită să fac asta doar pentru acest lucru." Copiii sunt dispuși să facă orice pentru a fi văzuți și pentru a se simți conectați.

VIAȚA TRĂITĂ CU PĂRINȚII PE CARE ÎI AI

Copiii au un instinct biologic de a se atașa. Ei nu au de ales în această privință. Indiferent dacă adulții care îi îngrijesc sunt plini de iubire sau distanți, insensibili, abuzivi sau predispuși să îi respingă, copiii își dezvoltă modalități de gestionare a situației pentru a-și satisface cel puțin o parte din nevoile personale.

La ora actuală dispunem de modalități sigure de evaluare și identificare a acestor modalități de gestionare, grație muncii de cercetare a două cercetătoare americane: Mary Ainsworth și Mary Main, și a colegilor lor, care au realizat de-a lungul anilor mii de ore de observare a mamelor și a bebelușilor lor. Pornind de la aceste studii, Ainsworth a creat un instrument de cercetare numit Situația Străinie, care analizează reacția bebelușului la separarea temporară de mama sa. Așa cum a remarcat și Bowlby, copiii atașați și care se simt în siguranță

devin agitați atunci când mama lor îi părăsește, dar se bucură atunci când aceasta se întoarce, după care se liniștesc și se întorc la joaca lor.

În cazul bebelușilor care se simt atașați, dar nu și în siguranță, imaginea este ceva mai complexă. Copiii îngrijiți de un adult indiferent sau care îi respinge învață să își gestioneze anxietatea în două maniere distincte. Cercetătorii au remarcat că unii copii din această categorie par cronic supărați și foarte solicitanți cu mama lor, în timp ce alții sunt mai pasivi și mai retrași în sine. În ambele grupuri, contactul cu mama nu îl liniștește pe copil, care nu se întoarce mulțumit la joaca sa, așa cum se întâmplă în cazul copiilor care se simt în siguranță.

Mai există un tipar, numit „atașament bazat pe evitare", în care bebelușul nu pare deranjat de nimic: el nu plânge atunci când mama lui pleacă și o ignoră atunci când se întoarce. Asta nu înseamnă însă că nu este afectat. De fapt, pulsul său cronic accelerat arată că se află într-o stare constantă de hiperexcitație. Eu și colegii mei numim acest tipar „gestionarea situației fără sentimente". Celor mai multe dintre mamele care au copii cu atașamente bazate pe evitare pare să le displacă să își atingă copilul. Ele au tendința de a nu-l lua în brațe și de a nu-l răsfăța, și nu se folosesc de expresii faciale și de intonații vocale plăcute pentru a-i induce copilului o senzație ritmică de plăcere.

În cadrul unui alt tipar, numit atașament „anxios" sau „ambivalent", copilul încearcă în permanență să atragă atenția asupra lui plângând, țipând, agățându-se sau urlând. Acești copii „simt, dar nu sunt capabili să gestioneze". Ei par să fi tras concluzia că dacă nu se vor da în spectacol, nimeni nu îi va băga în seamă. Ei devin incredibil de iritați dacă nu știu unde este mama lor, dar nu se liniștesc aproape deloc atunci când aceasta se întoarce. Chiar dacă nu par să se bucure de compania acesteia, ei continuă să fie focalizați asupra ei, într-o manieră pasivă sau furioasă, chiar și în situațiile în care alți copii ar prefera să se joace.

Cercetătorii în domeniul atașamentului cred că cele trei strategii ale atașamentului „organizat" (bazat pe senzația de siguranță, pe evitare sau anxios) funcționează deoarece generează cea mai bună îngrijire posibilă pe care le-o pot furniza copiilor persoanele care îi îngrijesc. Copiii care au parte de un tipar constant al îngrijirii – chiar dacă acesta este caracterizat printr-o distanță emoțională sau prin insensibilitate – se pot adapta pentru a-și menține relația. Asta nu înseamnă însă că nu pot apărea probleme. Tiparele atașamentului

persistă adeseori inclusiv în anii de adult. Copiii anxioși tind să devină adulți anxioși, iar cei care evită contactul cu părinții tind să devină adulți care nu sunt în contact cu propriile sentimente și cu cele ale altora. (De gen: „Nu este nimic greșit în a-i trage o mamă de bătaie. Și pe mine m-au bătut părinții și uite cât succes am astăzi".) La școală, copiii cu un comportament bazat pe evitare au tendința de a-i agresa pe alți copii, în timp ce cei anxioși devin adeseori victimele lor. Acest proces de dezvoltare nu este însă liniar. Multe experiențe de viață pot interveni pentru a modifica rezultatele sale.

Există de asemenea un grup mai puțin stabil adaptat, din care fac parte marea majoritate a copiilor pe care îi tratăm noi și o bună parte din adulții care vin la clinicile de psihiatrie. În urmă cu 20 și ceva de ani, Mary Main și colegii ei de la Berkeley au început să identifice un grup de copii (circa 15% dintre copiii studiați) care păreau incapabili să își imagineze cum să relaționeze cu adulții care îi îngrijeau. Problema s-a dovedit a fi aceea că adulții erau chiar sursa de neliniște sau de teroare a copiilor.

Copiii aflați în această situație nu au nicio cale de ieșire din ea, așa că se confruntă cu o dilemă imposibil de soluționat: pe de o parte au nevoie de mama lor pentru a supraviețui, dar pe de altă parte aceasta este principala sursă a fricii lor. Ei „nu pot aborda strategia bazată pe siguranță sau cea ambivalentă, nu își pot schimba atenția (strategia bazată pe evitare) și nu au unde să fugă". Dacă observi un astfel de copil la o creșă sau într-un laborator care studiază atașamentul, îl vezi cum se uită imediat la părintele care intră în cameră, dar apoi își ferește instantaneu privirea de la acesta. Incapabil să aleagă între căutarea apropierii și evitarea părintelui, el se leagănă pe mâini sau genunchi, intră în transă, încremenește cu brațele ridicate sau se ridică să își salute părintele, după care cade la pământ. Neavând idee în cine să aibă încredere sau cui îi aparține, el poate da dovadă de un atașament colosal față de un străin sau își poate manifesta neîncrederea în toată lumea. Main a numit acest tipar „atașament dezorganizat", care echivalează cu „teroarea fără nicio soluție".

DEZORGANIZAREA DIN INTERIOR

Părinții lucizi devin uneori alarmați atunci când află despre studiile referitoare la atașament, făcându-și griji că nerăbdarea lor

ocazională sau incapacitatea de moment de a se pune la unison cu copilul lor i-ar putea produce daune permanente acestuia. Neînțelegerile, reacțiile inadecvate sau eșecurile de comunicare fac însă parte integrantă din viața reală. Dat fiind că părinții ratează anumite indicii sau sunt preocupați de alte probleme, bebelușii sunt lăsați adeseori pe cont propriu, pentru a descoperi singuri cum se pot liniști. În anumite limite normale, acest lucru nu reprezintă o problemă. Copiii trebuie să învețe să își gestioneze singuri frustrările și dezamăgirile. Dacă au adulți „suficient de buni" care îi îngrijesc, ei învață că legăturile întrerupte pot fi reluate. Lucrul cel mai important pentru ei este sentimentul visceral de siguranță în prezența părinților sau adulților care îi îngrijesc.

În cadrul unui studiu realizat asupra unui număr de peste 2.000 de bebeluși dintr-un mediu „normal" al clasei mijlocii, s-a dovedit că 62% se simțeau în siguranță, 15% aveau un tipar bazat pe evitare, 9% s-au dovedit anxioși (sau ambivalenți), iar 15% dezorganizați. Interesant este și faptul că acest studiu de mare anvergură a arătat că sexul și temperamentul copilului nu influențează aproape deloc stilul de atașament al acestuia. Spre exemplu, copiii cu un temperament „dificil" nu sunt mai predispuși să își dezvolte un stil dezorganizat. Copiii dintr-un mediu socio-economic inferior sunt mai predispuși însă să fie dezorganizați, din cauza părinților adeseori sever stresați de instabilitatea lor economică și familială.

Copiii care nu se simt în siguranță în primii ani de viață au dificultăți în a-și regla mai târziu stările și reacțiile emoționale. La grădiniță, mulți copii dezorganizați se dovedesc fie agresivi, fie aerieni și indiferenți, după care își dezvoltă o gamă largă de probleme psihiatrice. De asemenea, ei manifestă un stres fiziologic mai mare, manifestat printr-un puls accelerat și variabil, o abundență de hormoni ai stresului și o imunitate redusă. Revine oare la normal această dereglare biologică atunci când copilul se maturizează sau dacă este mutat într-un mediu în care să se simtă în siguranță? Din câte știm noi, nu.

Abuzul parental nu este singura cauză a atașamentului dezorganizat. Părinții preocupați de propriile traume, cum ar fi abuzul sau violul domestic, ori moartea recentă a unui părinte sau a unui frate, se pot dovedi prea instabili și prea inconsistenți din punct de vedere emoțional pentru a putea crește copii într-un mediu în care aceștia să se simtă în siguranță. Îndeosebi părinții traumatizați

au nevoie de asistență pentru a se putea pune la unison cu nevoile copiilor lor.

Adeseori, adulții care îngrijesc copii nu realizează că sunt în dizarmonie cu aceștia. Îmi amintesc și acum perfect un film video pe care mi l-a arătat Beatrice Beebe. În acesta apărea o mamă tânără care se juca cu bebelușul ei în vârstă de trei luni. Totul a mers bine până când copilul s-a tras înapoi și și-a întors capul, semnalându-i astfel mamei că avea nevoie de o pauză. Mama nu a sesizat însă indiciul, așa că și-a intensificat eforturile de a-l angrena în jocul ei, apropiindu-și fața de a lui și crescând volumul vocii sale. Deși copilul a continuat să se ferească de ea, mama a continuat să insiste. În cele din urmă, când copilul a început să plângă, mama l-a pus jos și l-a părăsit, părând extrem de confuză. În mod evident se simțea groaznic, dar adevărul este că ratase toate indiciile relevante. Este ușor să îți imaginezi că o astfel de lipsă de rezonanță repetată la infinit poate conduce în timp la o deconectare cronică. (Orice om care a îngrijit un copil cu colici sau hiperactiv știe cât de rapid crește nivelul de stres atunci când nimic nu pare să îl liniștească pe copil.) Atunci când este incapabilă în mod cronic să își liniștească copilul și să stabilească o interacțiune față în față plăcută cu acesta, o mamă poate ajunge să îl perceapă ca pe un copil dificil, care o face să se simtă ratată, renunțând în cele din urmă să mai încerce să îl liniștească.

În practică, este adeseori dificil să faci o distincție între problemele generate de un atașament dezorganizat și cele cauzate de o traumă, cu atât mai mult cu cât acestea sunt de multe ori interconectate. Colega mea Rachel Yehuda a studiat incidența SSPT la adulții new-yorkezi care au fost agresați sau violați. S-a dovedit că cei ale căror mame au fost supraviețuitoare ale Holocaustului aveau o incidență semnificativ mai mare a problemelor psihice grave generate de aceste experiențe traumatice. Cea mai rezonabilă explicație era aceea că felul în care au fost crescuți i-a lăsat cu o fiziologie vulnerabilă, care nu i-a ajutat să își recapete echilibrul după viol. Yehuda a descoperit o vulnerabilitate similară la copiii femeilor însărcinate care s-au aflat la World Trade Center în ziua fatală din 11 septembrie 2001.

Într-o manieră similară, reacțiile copiilor la evenimentele dureroase sunt determinate în mare măsură de calmul sau de stresul părinților lor. Fostul meu student, Glenn Saxe, actualmente președintele Departamentului de Psihiatria Copilului și

Adolescentului din cadrul Universității din New York, a demonstrat că atunci când copiii erau internați în spital pentru tratarea unor arsuri grave, dezvoltarea SSPT putea fi prezisă pornind de la siguranța pe care o simțeau aceștia în prezența mamei lor. Siguranța atașamentului lor față de mamă permitea prezicerea cantității de morfină necesară pentru a le controla durerea: cu cât atașamentul lor se baza mai mult pe siguranță, cu atât mai mică era cantitatea de morfină necesară.

O altă colegă, Claude Chemtob, care conduce Programul de Cercetare a Traumelor Familiale la Centrul Medical Langone din cadrul Universității din New York, a studiat 112 copii new-yorkezi care au asistat direct la atacurile teroriste din 11 septembrie. Copiii ai căror mame erau diagnosticate cu SSPT sau cu depresie au fost de șase ori mai predispuși să aibă probleme emoționale semnificative și de 11 ori mai predispuși să fie hiperagresivi ca reacție la experiența trăită. Copiii ai căror tați aveau SSPT au avut și ei probleme de comportament, dar Chemtob a descoperit că acest efect era indirect, fiindu-le transmis copiilor doar prin intermediul mamei. (Viața trăită alături de un soț irascibil, retras în sine sau terifiat reprezintă întotdeauna o povară psihologică majoră asupra consoartei, care poate cădea adesea în depresie din această cauză.)

Dacă nu te simți în siguranță în interiorul tău, este foarte greu să faci o distincție între siguranță și pericol. Dacă te simți amorțit în mod cronic, o situație potențial periculoasă te poate face să te simți mai viu. Dacă tragi concluzia că ești o persoană oribilă (căci altfel de ce te-ar trata părinții tăi așa cum o fac?), începi să te aștepți ca alți oameni să te trateze oribil, fiind convins că o meriți și că nu poți face oricum nimic în această direcție. Oamenii dezorganizați care au astfel de percepții legate de sine sunt predispuși către noi traume generate de diferite evenimente ulterioare.

EFECTELE PE TERMEN LUNG ALE ATAȘAMENTULUI DEZORGANIZAT

Pe la începutul anilor 80, colega mea Karlen Lyons-Ruth, o cercetătoare de la Harvard, a început să înregistreze pe benzi video interacțiunile față în față dintre mame și copiii lor cu vârste de 6 luni, 12 luni și respectiv 18 luni. Ea a filmat din nou cuplurile când copiii

aveau cinci ani și respectiv șapte sau opt ani. Toți proveneau din familii cu risc major, care trăiau într-o sărăcie lucie. Aproape jumătate dintre mame nu aveau soț.

Atașamentul dezorganizat s-a manifestat prin două modalități diferite: o parte dintre mame păreau prea preocupate de problemele lor personale pentru a-și mai îngriji copiii. Multe dintre ele erau abuzive și ostile, alternând între a-și respinge copilul și a acționa ca și când s-ar fi așteptat ca acesta să răspundă la nevoile *lor*. Un alt grup de mame păreau neajutorate și speriate. Multe păreau blânde sau fragile, dar nu știau cum să fie adultul din relație și așteptau mângâiere de la copilul lor. Nu îi acordau atenție copilului după ce lipseau o vreme și nu îl luau în brațe atunci când acesta era agitat. Aceste mame nu păreau să acționeze în mod deliberat în acest fel. Pur și simplu, ele nu știau cum să se pună la unison cu copilul lor și cum să reacționeze la indiciile transmise de acesta, fiind incapabile să îl reconforteze și să îl mângâie. Multe din mamele ostile/abuzive fuseseră ele însele abuzate fizic în copilărie sau asistaseră la cazuri de violență domestică, în timp ce multe din cele retrase/dependente fuseseră abuzate sexual sau își pierduseră părinții în copilărie (fără a fi abuzate însă fizic).

M-am întrebat adeseori cum ajung părinții să își abuzeze copiii. La urma urmelor, creșterea unor copii sănătoși reprezintă însăși esența simțului uman al scopului și al semnificației. Ce i-ar putea determina pe unii părinți să își rănească sau să își neglijeze în mod deliberat copiii? Studiul lui Karlen mi-a oferit un răspuns: privindu-i clipurile video, i-am putut vedea pe copii devenind din ce în ce mai neconsolați, mai supărați și mai refractari în fața mamelor lor care nu rezonau cu ei. Simultan, mamele au devenit din ce în ce mai frustrate și mai neajutorate în interacțiunile cu aceștia. Atunci când o mamă începe să nu își mai vadă copilul ca pe un partener într-o relație armonioasă, ci ca pe un străin frustrant, iritant și cu care nu are nimic în comun, apare cadrul perfect pentru abuzuri ulterioare.

18 ani mai târziu, când acești copii aveau în jur de 20 de ani, Lyons-Ruth a făcut un studiu de evaluare pentru a afla cum se descurcau aceștia. Copiii care au avut tipare grav dezechilibrate de comunicare emoțională cu mama lor la 18 luni au devenit tineri adulți cu o identitate de sine instabilă, extrem de impulsivi (în sensul rău al

cuvântului: cheltuiau excesiv, se angrenau în relații sexuale promiscue, făceau abuz de substanțe, conduceau neglijent sau mâncau prea mult), cu crize de mânie inadecvate și intense, și cu un comportament suicidal recurent.

Karlen și colegii ei s-au așteptat ca cel mai puternic factor de predicție al instabilității psihice la copiii deveniți adulți să fie mamele cu un comportament abuziv/ostil, dar au descoperit că lucrurile nu stăteau așa. Impactul cel mai puternic pe termen lung l-a avut retragerea emoțională. Distanța emoțională și inversarea rolurilor (prin care mama se aștepta de la copilul ei să aibă grijă de ea) au fost cel mai puternic asociate cu comportamentul agresiv împotriva propriei ființe și în raport cu alții la tinerii adulți.

DISOCIEREA: A ȘTI ȘI A NU ȘTI

Lyons-Ruth a încercat în mod particular să înțeleagă fenomenul disocierii, manifestat prin sentimentul de rătăcire, de copleșire, de abandonare și de deconectare de lume, care te face să te simți neiubit, gol în interior, neajutorat, captiv și ținut cu capul sub apă. Ea a descoperit existența unei relații „izbitoare și neașteptată" între neimplicarea maternă și lipsa de rezonanță a mamei cu copilul ei în primii doi ani de viață, pe de o parte, și simptomele disociative în primii ani ca adult, pe de altă parte. Lyons-Ruth a tras concluzia că există un risc major ca bebelușii care nu sunt cu adevărat văzuți și cunoscuți de mama lor să se transforme în adolescenți incapabili să îi vadă și să îi cunoască pe alții.

Bebelușii care cresc într-o relație de siguranță cu mama lor învață să își comunice nu doar frustrările și neplăcerea, ci și identitatea de sine în formare – interesele, preferințele și obiectivele. Primirea unui răspuns bazat pe rezonanță îi protejează pe bebeluși (la fel ca și pe adulți) de nivelele extreme ale excitației generate de frică. Dacă adulții care te îngrijesc îți ignoră însă nevoile sau chiar îți resping existența, tu înveți rapid să anticipezi respingerea și retragerea în sine. Te descurci așa cum poți, blocându-ți inima în fața ostilității mamei tale și neglijării din partea ei, și acționezi ca și cum nu ți-ar păsa, dar corpul tău rămâne într-o stare de alertă, fiind pregătit în permanență să respingă alte lovituri, privațiuni și abandonări. Disocierea înseamnă să știi și să nu știi în același timp.

Bowlby scrie într-o lucrare publicată: „Ceea ce nu poate fi comunicat altora [începând cu mama], nu poate fi comunicat nici propriului sine." Dacă nu poți tolera ceea ce știi sau dacă nu poți simți ceea ce simți, singura opțiune care îți mai rămâne este negarea și disocierea. Poate cel mai devastator efect pe termen lung al acestei închideri în sine este faptul că nu te simți real în interiorul tău, condiție pe care am văzut-o și noi la copiii din Clinica pentru Copii și pe care o vedem la ora actuală la copiii și la adulții care vin la Centrul pentru Traume. Atunci când nu te simți real, nimic nu mai contează pentru tine, nici măcar propria protejare în fața pericolului. Alternativ, poți recurge la extreme pentru a încerca să simți *ceva* – de pildă să te tai cu lama sau să te bați cu un necunoscut.

Studiile lui Karlen au arătat că disocierea este învățată în primii ani de viață. Abuzurile și celelalte traume ulterioare nu au justificat simptomele disociative ale tinerilor adulți. Ele au stat la baza altor probleme (nu puține la număr), dar nu și la disocierea cronică sau la agresivitatea împotriva propriului sine. Problema critică a fost aceea că acești pacienți nu știau cum să se simtă în siguranță. Lipsa de siguranță pe care au simțit-o în primele luni de viață în prezența adulților care i-au îngrijit a condus la o deteriorare a simțului realității interioare, la un atașament excesiv și la un comportament autodistructiv. Sărăcia, creșterea copilului de către un singur părinte și simptomele psihiatrice materne nu au generat astfel de simptome.

Asta nu înseamnă că abuzul asupra copilului este irelevant, ci arată doar importanța calității îngrijirii copilului în primii ani de viață pentru prevenirea problemelor psihice de mai târziu, independent de alte traume. În consecință, tratamentul trebuie să țină cont nu doar de amprenta anumitor evenimente traumatice specifice, ci și de consecințele faptului că pacientul nu s-a simțit oglindit de părinți atunci când era mic, întrucât aceștia nu s-au pus la unison cu el și nu i-au oferit o îngrijire consistentă și plină de afecțiune, fapt care l-a condus la disociere și la pierderea capacității de autoreglare.

RESTAURAREA SINCRONISMULUI

Tiparele timpurii ale atașamentului creează hărțile interioare care ne modelează relațiile de-a lungul întregii vieți, nu doar în privința lucrurilor pe care le așteptăm de la ceilalți, ci și a confortului și

plăcerii pe care le experimentăm în prezența lor. Mă îndoiesc sincer că poetul e.e. cummings[6] ar fi putut scrie versuri de gen: „Îmi place corpul meu atunci când stă lângă corpul tău... îmi simt mai plăcut mușchii și nervii" dacă în primele luni de viață ar fi experimentat numai expresii faciale rigide și priviri ostile. Hărțile noastre emoționale sunt implicite, fiind ancorate în creierul nostru emoțional și neputând fi inversate prin simpla înțelegere a modului în care au fost create. Chiar dacă înțelegi că teama ta de intimitate este asociată cu depresia *post-partum* a mamei tale sau cu faptul că a fost molestată ea însăși când era copil, acest lucru nu este suficient pentru a te ajuta să te deschizi și să îți creezi relații fericite, bazate pe încredere și pe angajament cu alte persoane.

Cu toate acestea, această înțelegere te poate ajuta să începi să explorezi alte modalități de a te conecta în relațiile tale, atât de dragul tău cât și pentru a nu le transmite mai departe atașamentul tău bazat pe nesiguranță copiilor tăi. În partea a cincea a cărții voi descrie mai multe abordări ale procesului de vindecare a sistemelor deteriorate ale punerii la unison prin antrenarea ritmicității și a reciprocității. Punerea la unison cu sine și cu ceilalți oameni necesită o integrare a simțurilor corporale: văzul, auzul, atingerea și echilibrul. Dacă acest lucru nu s-a petrecut în primele luni de viață și în primii ani ai copilăriei, există o probabilitate sporită ca mai târziu să apară probleme de integrare senzorială (cu mențiunea că trauma și neglijarea nu reprezintă singurele cauze ale acestora).

Punerea la unison înseamnă a rezona prin intermediul sunetelor și mișcărilor care conectează, care sunt ancorate în ritmurile senzoriale de zi cu zi ale unor activități precum gătitul, curățenia, mersul la culcare și trezirea din somn. A fi la unison poate însemna să te strâmbi la cineva care se strâmbă la tine, să îl îmbrățișezi, să îți exprimi bucuria sau dezaprobarea în momentele oportune, să arunci o minge de la unul la altul sau să cânți împreună cu el. La Centrul pentru Traume, noi am conceput programe prin care îi educăm pe părinți în arta conectării și a punerii la unison, și foarte mulți pacienți mi-au relatat alte modalități prin care se pun la unison, cum ar fi cântatul într-un cor, dansul în perechi, jucarea unui meci de

[6] Poetul e.e. cummings a decis să își scrie numele (și multe din poeziile sale) fără majuscule. (n. tr.)

baschet, cântatul într-o formație de jazz sau de muzică de cameră. Toate aceste activități cultivă simțul punerii la unison și al plăcerii reciproc împărtășite.

Capitolul 8

CAPTIV ÎNTR-O RELAȚIE: COSTUL ABUZULUI ȘI AL NEGLIJENȚEI

„Călătoria pe marea întunecată" este acea călătorie pe care o facem în acele părți fragmentate, respinse, necunoscute, nedorite și exilate ale ființei noastre, respectiv în lumile subterane ale conștiinței noastre. Scopul acestei călătorii este de a ne reuni cu noi înșine. Această întoarcere acasă se poate dovedi surprinzător de dureroasă, ba chiar brutală. Pentru a ne-o putea asuma, noi trebuie să începem prin a fi de acord să *nu mai exilăm niciun fragment al ființei noastre*.

— Stephen Cope

Marilyn era o femeie înaltă, cu o ținută sportivă, pe la 35 de ani, care lucra ca infirmieră într-o sală de operații a unui spital dintr-un oraș învecinat. Ea mi-a spus că în urmă cu câteva luni a început să joace tenis la clubul ei sportiv cu un pompier din Boston pe nume Michael. De regulă se ferea de bărbați, mi-a spus, dar a reușit să se simtă suficient de confortabil în prezența lui Michael pentru a-i accepta invitația la o pizza după un meci de tenis. Cei doi au vorbit despre tenis, filme și nepoții lor – nimic foarte personal. Lui Michael îi plăcea în mod evident compania ei, dar Marilyn și-a spus că de fapt, nu o cunoștea.

Într-o seară de sâmbătă din luna august, după tenis și pizza, Marilyn l-a invitat pe Michael în apartamentul ei. De îndată ce au rămas însă singuri, mi-a povestit ea, s-a simțit „speriată și ireală". Și-a amintit doar că l-a rugat să nu se grăbească prea tare, dar după acest lucru nu-și mai amintea aproape nimic. După câteva pahare de vin și după ce s-au uitat împreună la un episod din serialul *Lege și*

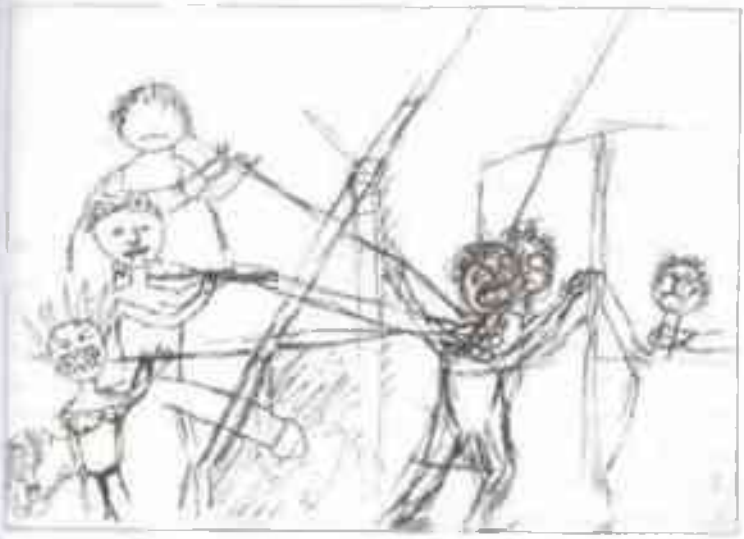
ordine, se pare că au adormit împreună pe patul ei. Pe la 2:00 dimineața, Michael s-a răsucit în somn. Când Marilyn i-a simțit corpul atingându-i-l pe al ei, a explodat: l-a atacat cu pumnii, l-a zgâriat și l-a mușcat, strigându-i: „Ticălosule, ticălosule!" Michael s-a trezit șocat, și-a luat în grabă hainele și a plecat ca din pușcă. În continuare, Marilyn a rămas în pat, uluită de ceea ce a făcut. Se simțea umilită și se detesta singură pentru comportamentul ei, iar acum a venit la mine pentru a o ajuta să își gestioneze teroarea pe care o simțea în fața bărbaților și atacurile ei inexplicabile de furie.

Lucrul cu veteranii m-a pregătit pentru ascultarea unor povești dureroase precum cea a lui Marilyn, fără a încerca imediat să încerc să rezolv problema. Psihoterapia pornește de regulă de la un comportament inexplicabil, cum ar fi atacarea iubitului tău în miezul nopții, spaima pe care o simți atunci când cineva te privește în ochi, faptul că te trezești acoperit de sânge după ce te-ai tăiat singur cu un ciob de sticlă sau vomitarea deliberată a mâncării abia ingerate. Este nevoie însă de timp și de răbdare pentru a descifra realitatea care se ascunde în spatele acestor simptome.

TEROARE ȘI AMORȚEALĂ

Pe măsură ce am continuat să discutăm, Marilyn mi-a spus că Michael a fost primul bărbat pe care l-a adus acasă în peste cinci ani, dar aceasta nu a fost prima dată când și-a pierdut controlul atunci când un bărbat și-a petrecut noaptea alături de ea. Ea mi-a repetat că de fiecare dată se simțea speriată și confuză atunci când se trezea singură cu un bărbat și a adăugat că au existat momente în care s-a trezit în apartamentul ei, tremurând într-un colț, fără să știe exact ce i se întâmplase.

Marilyn mi-a spus că în astfel de momente i se părea că „doar imită mișcările vieții", fără să fie în vreun fel implicată în ele. Exceptând momentele în care juca tenis la club sau în care lucra la serviciu în sala de operații, de cele mai multe ori se simțea complet amorțită. Cu câțiva ani în urmă descoperise că putea scăpa de amorțeală dacă se tăia cu o lamă de ras, dar s-a speriat când a constatat că se tăia din ce în ce mai adânc și mai des pentru a-și găsi alinarea. A încercat de asemenea să bea alcool, dar acest lucru i-a reamintit imediat de tatăl ei, care era un alcoolic lipsit de autocontrol, iar acest



lucru a făcut-o să se simtă dezgustată de sine. În consecință, a început să joace tenis cu frenezie, ori de câte ori avea posibilitatea. Acesta era singurul lucru care o făcea să se simtă vie.

Când am întrebat-o despre trecutul ei, Marilyn mi-a spus că presupune că „trebuie să fi avut" o copilărie fericită, dar nu își putea aminti mare lucru de dinainte de vârsta de 12 ani. A adăugat că a fost o adolescentă timidă, iar în urma unei confruntări violente cu tatăl ei alcoolic atunci când avea 16 ani a fugit de acasă. S-a angajat și s-a întreținut singură, reușind să absolve un colegiu comunitar și să își ia o diplomă de infirmieră fără ajutorul părinților ei. Încă se mai simțea rușinată de faptul că în acea perioadă s-a culcat cu cine s-a nimerit, „căutând iubirea în toate locurile în care nu o puteam găsi".

Așa cum procedez adeseori atunci când am un pacient nou, i-am cerut să deseneze un portret de familie, iar când i-am văzut desenul (reprodus mai sus), am decis să avansez foarte lent cu ea. În mod evident, Marilyn avea în subconștient amintiri groaznice, dar nu își dădea voie să le recunoască. Desenul ei revela însă destul de clar acest lucru. Ea a desenat o fetiță sălbatică și îngrozită, captivă într-un fel de cușcă și amenințată nu doar de trei personaje de coșmar (dintre care unul nu avea ochi), ci și de un penis erect uriaș care pătrundea

în spațiul ei. Și totuși, această femeie credea că „trebuie să fi avut o copilărie fericită".

După cum scrie poetul W. H. Auden:

Adevărul, la fel ca iubirea și somnul, respinge
Abordările prea intense.

Așa cum era de așteptat, Marilyn a venit la prima ședință de terapie în grup părând îngrozită, la fel ca fata din portretul familiei sale pe care l-a desenat; era retrasă în sine și nu a făcut niciun efort pentru a se deschide în fața celorlalți membri ai grupului. Am ales în mod special acest grup pentru ea deoarece membrii lui s-au ajutat întotdeauna reciproc și i-au acceptat cu ușurință pe noii membri, prea speriați pentru a vorbi. Ei știau din experiența personală că dezvăluirea secretelor este un proces gradual. De această dată m-au luat însă prin surprindere, punându-i atât de multe întrebări invazive lui Marilyn despre viața ei amoroasă încât am văzut-o retrăgându-se în sine ca o fetiță speriată de un agresor. Era aproape ca și cum și-ar fi ales singură grupul care avea să o facă să își repete trecutul traumatic. Am intervenit imediat, ajutându-o să stabilească hotare referitoare la lucrurile despre care era dispusă să discute, iar ea a început să se integreze mai bine.

Trei luni mai târziu, Marilyn a povestit în fața grupului că s-a împiedicat și a căzut de câteva ori pe când venea de la stația de metrou până la cabinetul meu, făcându-și griji că ar putea-o lăsa vederea. În plus, ratase foarte multe mingi de tenis în ultima vreme. Mi-am amintit instantaneu de fetița speriată și cu ochii mari/îngroziți din desenul ei. Aveam oare de-a face cu o „reacție de conversie" prin care pacienții își exprimă conflictele interioare prin pierderea funcției anumitei părți corporale? Foarte mulți soldați din cele două războaie mondiale au suferit de o paralizie fără nicio cauză fizică, iar personal am văzut cazuri de „orbire isterică" în Mexic și în India.

Cu toate acestea, în calitate de medic, nu aveam de gând să trag concluzia că „totul se petrecea în mintea ei" înainte de a face noi investigații. În consecință, am trimis-o pe Marilyn la colegii mei de la Clinica ORL din Massachusetts și i-am rugat să îi facă o verificare extrem de detaliată. Peste câteva săptămâni au venit rezultatele analizelor. S-a dovedit că Marilyn suferea de *lupus erythematosus* la

retină, o boală autoimună care îi eroda vederea, și că avea nevoie de un tratament imediat. Eram consternat: Marilyn era a treia persoană din acel an pe care o suspectam că avea un istoric de incest și care a fost diagnosticată cu o boală autoimună, în care corpul începe să se atace singur.

După ce m-am asigurat că Marilyn primea îngrijirea medicală de care avea nevoie, i-am consultat pe doi dintre colegii mei de la Spitalul General din Massachusetts, psihiatrul Scott Wilson și Richard Kradin, care conducea laboratorul de imunologie din cadrul spitalului. I-am spus povestea lui Marilyn, le-am arătat desenul pe care l-a făcut și i-am rugat să colaboreze cu mine la un studiu. Cei doi s-au oferit cu generozitate să facă o muncă voluntară în acest scop, inclusiv făcând gratuit o analiză imunologică totală (altminteri foarte scumpă). În acest scop, am recrutat 12 femei cu istoric de incest care nu luau niciun fel de medicament, la care s-au adăugat alte 12 femei care nu au fost traumatizate niciodată (și care nu luau nici ele medicamente), un grup de control incredibil de greu găsit! (Marilyn nu a intrat în cadrul acestui grup de studiu; de regulă, noi nu le cerem pacienților noștri clinici să ne ajute în eforturile noastre legate de cercetare.)

Când am încheiat studiul și am analizat datele, Rich ne-a raportat că grupul supraviețuitoarelor unui incest prezenta anormalități în raportul CD45 RA/RO, prin comparație cu femeile care nu au suferit nicio traumă. Celulele CD45 sunt „celulele memoriei" sistemului imunitar. O parte dintre ele, numite celule RA, au fost activate de expunerea la toxine din trecut. Ele reacționează rapid la orice amenințare din mediul înconjurător la care au mai fost expuse anterior. Spre deosebire de ele, celulele RO sunt păstrate în rezervă pentru noile provocări; ele sunt setate să facă față amenințărilor cu care organismul nu s-a mai confruntat. Raportul RA/RO arată echilibrul dintre celulele care recunosc toxinele cunoscute și cele care așteaptă informații noi pentru a se activa. În cazul pacientelor cu un istoric de incest, ponderea celulelor RA gata să se activeze este mai mare decât cea normală. Acest lucru arată că sistemul imunitar este foarte sensibil la amenințări, fiind predispus să creeze un întreg zid de apărare atunci când nu este cazul, chiar dacă acest lucru înseamnă atacarea propriilor celule ale organismului.

Studiul nostru a arătat că pe un nivel profund, organismul victimei unui incest are probleme în a face distincția între pericol și

siguranță. Acest lucru arată că amprenta traumei din trecut nu este alcătuită numai din percepții distorsionate ale informațiilor provenite din mediul exterior; organismul însuși are o problemă în a ști cum să se simtă în siguranță. Trecutul rămâne imprimat nu doar în mintea acestor victime, ci și în interpretările lor greșite referitoare la diferite evenimente inocente (cum a fost momentul în care Marilyn l-a atacat pe Michael deoarece acesta a atins-o fără să vrea în timpul somnului), dar și în însăși esența ființei lor: în mecanismul de siguranță al propriului lor corp.

O HARTĂ DISTORSIONATĂ A LUMII

Cum învață oamenii ce anume este sau nu sigur, ce există în interiorul și respectiv în exteriorul lor, căror lucruri trebuie să le opună rezistență și ce lucruri pot fi acceptate fără niciun pericol? Cea mai bună modalitate de a înțelege impactul abuzului și neglijării copiilor constă în a asculta ceea ce au de spus oamenii precum Marilyn. Unul din lucrurile care mi-au devenit clare după ce am ajuns să o cunosc mai bine a fost acela că Marilyn avea o perspectivă unică asupra modului în care funcționează lumea exterioară.

Atunci când suntem copii, noi ne începem viața ca centru al întregului nostru univers, din care interpretăm ceea ce ni se întâmplă dintr-o perspectivă egocentrică. Dacă părinții sau bunicii noștri ne spun în mod repetat că suntem cel mai drăgălaș și mai dulce copil din lume, noi nu le punem la îndoială judecata, ci o acceptăm ca atare. În profunzimile ființei noastre, indiferent ce altceva învățăm, noi continuăm să credem că suntem în esență adorabili. În consecință, dacă peste ani intrăm într-o relație cu cineva care ne tratează mizerabil, noi ne înfuriem. Ceva nu ni se pare în regulă. Relația ni se pare nefamiliară și nu ne face să ne simțim acasă. În schimb, dacă în copilărie suntem abuzați ori ignorați, sau dacă suntem educați într-o familie în care sexualitatea este tratată cu dezgust, harta noastră interioară conține un mesaj diferit. Simțul identității noastre de sine este marcat de dispreț și de umilință, iar noi suntem mult mai predispuși să gândim: „cutare are numărul meu (dacă vrea să mă caute)" și să nu protestăm dacă suntem tratați într-o manieră inadecvată.

Trecutul lui Marilyn i-a modelat acesteia perspectiva asupra tuturor relațiilor sale viitoare. Ea a rămas convinsă că bărbații nu dau

doi bani pe sentimentele altora și că nu fac decât să ia ceea ce cred că li se cuvine. Nici femeile nu merită mai multă încredere, întrucât sunt prea slabe ca să își impună punctul de vedere, așa că sunt dispuse să își vândă corpul pentru ca bărbații să aibă grijă de ele. Dacă ai avea însă probleme, nu ar ridica un deget ca să te ajute. Această perspectivă asupra lumii se manifesta inclusiv în maniera de abordare a colegilor ei de către Marilyn: aceasta era suspicioasă pe toți cei care îi arătau amabilitate și le reproșa chiar și cea mai mică încălcare a regulilor spitalului. În ceea ce o privea, se considera o sămânță stricată, o persoană esențialmente toxică, ce îi influența negativ pe toți cei din jurul ei.

Când am întâlnit pentru prima oară pacienți precum Marilyn, am încercat să le schimb percepția de sine și să îi ajut să perceapă lumea într-o manieră mai pozitivă și mai flexibilă. Într-o zi, o femeie pe nume Kathy m-a pus însă la punct. O membră a grupului a ajuns cu întârziere la o ședință din cauză că i s-a stricat mașina pe drum, iar Kathy s-a acuzat imediat pe ea însăși: „Am văzut cât de prost mergea mașina ta încă de săptămâna trecută; am știut de atunci că ar fi trebuit să mă ofer să te duc cu mașina mea." Această autocritică a escaladat imediat, astfel încât câteva minute mai târziu ea și-a asumat responsabilitatea pentru propriul ei abuz sexual: „Am atras singură această situație asupra mea. Aveam șapte ani și îmi iubeam tatăl. Îmi doream ca și el să mă iubească, așa că am făcut tot ce a dorit de la mine. A fost vina mea." Când am intervenit încercând să o liniștesc, spunându-i: „Fii serioasă, erai doar o fetiță! A fost responsabilitatea tatălui tău să mențină hotarele adecvate cu tine", Kathy s-a întors către mine și mi-a spus: „Știi, Bessel, îmi dau seama cât de important este pentru tine să fii un bun terapeut. De aceea, atunci când faci comentarii stupide precum acesta, obișnuiesc să îți mulțumesc cu efuziune. La urma urmelor, sunt o supraviețuitoare a unui incest, deci am fost educată de mică să am grijă de nevoile adulților nesiguri pe ei. Dar după doi ani de terapie am căpătat suficientă încredere în tine ca să îți spun că aceste comentarii ale tale mă fac să mă simt groaznic. Da, este adevărat: mă învinovățesc instinctiv pe mine însămi pentru toate lucrurile rele care li se întâmplă oamenilor din jurul meu. Sunt conștientă că nu este ceva rațional și mă simt stupidă pentru că așa simt, dar aceasta este realitatea mea. Ori de câte ori încerci să mă faci să fiu mai rezonabilă, nu mă simt altfel decât încă și mai izolată și mai singură, fapt care îmi confirmă

sentimentul că nimeni nu va putea înțelege vreodată cum simt și cum percep eu lumea din jur."

I-am mulțumit cu sinceritate pentru acest feedback, iar de atunci am încercat să nu le mai spun vreodată pacienților mei că nu ar trebui să simtă ceea ce simt. Kathy m-a învățat că responsabilitatea mea este mult mai profundă: eu am datoria să îmi ajut pacienții să își reconstruiască harta interioară a lumii exterioare.

Așa cum am discutat în capitolul precedent, cercetătorii în domeniul atașamentului au demonstrat că adulții care ne îngrijesc în primele luni de viață nu numai că ne hrănesc, ne îmbracă și ne mângâie atunci când suntem supărați, dar ne și modelează modalitatea prin care creierul nostru aflat într-un proces rapid de creștere percepe realitatea. Interacțiunile noastre cu adulții care ne îngrijesc ne învață ce anume este sigur sau periculos pentru noi, pe cine putem conta și cine ne va dezamăgi, și ce trebuie să facem pentru a ne satisface nevoile. Aceste informații sunt încastrate în toate circuitele creierului nostru, formând tiparul de bază al percepției noastre legate de sine și de lumea din jurul nostru. Această hartă interioară rămâne incredibil de stabilă de-a lungul timpului.

De bună seamă, asta nu înseamnă că harta nu poate fi totuși modificată prin experiență. O relație bazată pe o iubire profundă, îndeosebi în adolescență, când creierul trece printr-o nouă perioadă exponențială de schimbări, ne poate transforma în mare măsură. La fel și nașterea unui copil, căci copiii mici ne învață adeseori cum să iubim. Adulții abuzați sau neglijați când au fost mici mai pot învăța încă frumusețea intimității și a încrederii reciproce, sau pot avea o experiență spirituală profundă care îi ajută să se deschidă în fața unui univers mai amplu. La antipod, o hartă necontaminată din copilărie poate fi profund distorsionată în urma unui viol sau a unei agresiuni în anii de adult, remodelându-ne întregul univers interior după tiparul terorii și al disperării. Aceste reacții nu sunt raționale, deci nu pot fi schimbate prin simpla reformulare a convingerilor iraționale. Harta lumii exterioare ne este codificată în creierul nostru emoțional, iar schimbarea ei presupune reorganizarea acestei părți a sistemului nostru nervos central, subiect pe care îl vom aborda în secțiunea referitoare la tratamente din această carte.

Cu toate acestea, învățarea ortei de a recunoaște gândurile și comportamentele iraționale reprezintă adeseori un prim pas extrem

de util. Oamenii precum Marilyn descoperă adeseori că prezumțiile lor nu sunt identice cu cele ale prietenilor lor. Dacă au noroc, prietenii și colegii lor le spun în cuvinte, nu prin acțiunile lor, că neîncrederea și ura lor de sine le îngreunează enorm colaborarea cu ei. Din păcate, acest lucru nu se întâmplă prea des, iar experiența lui Marilyn era una tipică: după ce l-a agresat pe Michael, acesta nu s-a mai arătat interesat să rezolve conflictul, așa că ea și-a pierdut atât prietenul, cât și partenerul preferat de tenis. În astfel de momente, oamenii inteligenți și curajoși precum Marilyn, care își păstrează curiozitatea și dorința de a-și vindeca viața în fața înfrângerilor repetate, încep să caute un ajutor profesionist.

În general, creierul rațional poate ține sub control creierul emoțional, atât timp cât temerile noastre nu devin sufocante. (Spre exemplu, teama de a nu fi amendat de poliție se poate transforma instantaneu în recunoștință atunci când un polițist te avertizează că s-a produs un accident în față.) În momentul în care ne simțim însă prinși în capcană, furibunzi sau respinși, devenim vulnerabili și ne reactivăm vechea hartă, urmând direcția ei. Schimbarea începe atunci când învățăm să ne „acceptăm" creierul emoțional, începând să îl observăm și să tolerăm senzațiile tulburătoare care ne fac să ne simțim umiliți și călcați în picioare. Numai prin învățarea acceptării lucrurilor care se petrec în interiorul nostru putem începe noi să ne împrietenim cu emoțiile noastre, nu să încercăm să le anihilăm, remodelându-ne astfel harta interioară.

ÎNVĂȚAREA REAMINTIRII

La circa un an de la integrarea lui Marilyn în grup, o altă membră a acestuia, Mary, a cerut permisiunea să vorbească despre ceea ce i s-a întâmplat când avea 13 ani. Mary lucra ca gardian la o închisoare și era implicată într-o relație sado-masochistă cu o altă femeie. Ea își dorea ca grupul să afle trecutul ei, sperând ca membrii acestuia să devină astfel mai toleranți față de reacțiile ei extreme, cum ar fi tendința de a se închide în ea sau de a izbucni la cea mai mică provocare.

Luptându-se cu cuvintele, Mary ne-a spus că într-o seară, pe când avea 13 ani, a fost violată de fratele ei mai mare și de o gașcă de prieteni ai acestuia. În urma violului a rămas însărcinată, iar mama ei a ajutat-o să avorteze acasă, pe masa din bucătărie. Grupul a

ascultat-o cu multă sensibilitate pe Mary şi a încercat să o liniştească în timp ce aceasta plângea. Am fost profund emoţionat de această empatie. Toţi o consolau pe Mary aşa cum şi-ar fi dorit să fie consolaţi ei înşişi atunci când s-au confruntat la rândul lor cu traumele prin care au trecut.

Peste puţin timp, Marilyn a întrebat dacă putea spune ceva despre ceea ce a experimentat în timpul şedinţei. Grupul a fost de acord, iar ea ne-a spus: „Ascultând această poveste, am ajuns să mă întreb sincer dacă nu am fost abuzată sexual la rândul meu." Am rămas literalmente cu gura căscată. Pornind de la desenul pe care l-a făcut ca familiei sale, am crezut întotdeauna că ştia deja că a fost abuzată. Ea a reacţionat exact ca o victimă a unui incest în relaţia ei cu Michael, iar comportamentul ei cronic era acela al unei persoane care considera că lumea în care trăim este un loc terifiant.

Deşi a desenat o fetiţă molestată sexual, se părea însă că Marilyn nu avea habar ce i s-a întâmplat în copilărie, cel puţin la nivel cognitiv, al sinelui său verbal. Sistemul ei imunitar, muşchii şi mecanismul fricii nu uitaseră ce i s-a întâmplat, dar mintea ei conştientă refuza să accepte povestea care i-ar fi comunicat experienţa trăită. Ea retrăia trauma în viaţa ei actuală, dar nu avea o poveste la care să o raporteze. Aşa cum vom vedea în capitolul 12, memoria traumatică diferă de cea normală într-o manieră foarte complexă, care implică mai multe straturi ale minţii şi ale creierului.

Stimulată de povestea lui Mary şi de coşmarurile nocturne care au urmat după aceasta, Marilyn a început o serie de şedinţe de psihoterapie individuală cu mine, în care şi-a propus să se confrunte cu trecutul ei. La început a experimentat valuri succesive de teroare intensă. A încercat să facă o pauză timp de câteva săptămâni, dar când a descoperit că nu mai poate dormi şi că trebuie să îşi ia un concediu medical, a revenit la şedinţele noastre. Mai târziu, mi-a spus: „Singurul meu criteriu care îmi spune că o situaţie este nocivă este sentimentul că: ‚Acest lucru mă va ucide dacă nu reuşesc să scap.'"

Am început să îi predau lui Marilyn o serie de tehnici de calmare, cum ar fi focalizarea asupra respiraţiei profunde (şase respiraţii pe minut), dublată de urmărirea senzaţiilor corporale. Am combinat această metodă cu ciocănirea punctelor de acupresură, fapt care a ajutat-o să nu se mai simtă copleşită. În plus, am lucrat cu luciditatea: am învăţat-o să îşi menţină mintea alertă, lăsându-şi totodată corpul

să simtă senzațiile de care se temea atât de tare. Toate acestea au ajutat-o încetul cu încetul pe Marilyn să se detașeze și să își observe experiența, fără să fie deturnată imediat de senzațiile sale. Anterior, ea a încercat să își amorțească aceste sentimente prin alcool și exerciții fizice, dar acum a început să se simtă din ce în ce mai mult în siguranță, permițându-și să își aducă aminte de ceea ce i s-a întâmplat când era copil. Pe măsură ce și-a asumat din ce în ce mai bine proprietatea asupra senzațiilor sale fizice, ea a devenit capabilă să facă diferența între trecut și prezent. Astfel, dacă ar fi simțit acum piciorul lui Michael frecându-se de al ei în timpul nopții, ar fi putut recunoaște faptul că acesta îi aparținea lui Michael, frumosul partener de tenis pe care l-a invitat în apartamentul ei, nu altcuiva, ceea ce însemna că nimeni nu încearcă să o molesteze. Capacitatea de a se liniști a ajutat-o să înțeleagă plenar, inclusiv la nivel fizic, că era o femeie adultă de 34 de ani, și nu o fetiță neajutorată.

Când Marilyn a început în sfârșit să își acceseze amintirile, acestea au ieșit la suprafață sub forma unor flash-uri ale tapetului de pe peretele camerei sale din copilărie. Ea și-a dat seama că aceasta a fost imaginea asupra căreia se focaliza atunci când tatăl ei o viola la vârsta de opt ani. Această molestare a speriat-o dincolo de capacitatea ei de rezistență, așa că a minten ei conștientă a simțit nevoia să o alunge din banca ei de amintiri. La urma urmelor, trebuia să continue să trăiască alături de acest bărbat, tatăl ei, care o molesta. Marilyn și-a adus aminte că a încercat să apeleze la mama ei pentru protecție, dar când a fugit la aceasta și a încercat să se ascundă îngropându-și fața în bluza ei, a fost întâmpinată doar cu o îmbrățișare sterilă. Uneori, mama ei rămânea tăcută; alteori plângea și o certa pe Marilyn pentru că „l-a supărat atât de tare pe tata". Fetița îngrozită nu a găsit pe nimeni care să o protejeze, oferindu-i putere sau adăpost.

După cum scrie Roland Summit în studiul său devenit clasic, *Sindromul de acomodare la abuzul sexual al copilului:* „Inițierea, intimidarea, stigmatizarea, izolarea, neajutorarea și autoînvinovățirea depind de realitatea terifiantă a abuzului sexual al copilului. Orice încercare a copilului de a divulga secretul este contracarată de conspirația tăcerii și a neîncrederii adulților: ‚Nu te mai gândi la astfel de lucruri; așa ceva nu se poate întâmpla în familia noastră.' ‚Cum te-ai putut gândi la așa ceva?' ‚Nu vreau să mai aud vreodată că spui așa

ceva!' Copilul obișnuit nu pune întrebări și nu spune niciodată ce i s-a întâmplat."

După 40 de ani de carieră, încă mă mai trezesc spunându-mi: „Este de necrezut" atunci când aud poveștile pacienților mei despre copilăria lor. Mulți dintre ei se simt la fel de increduli ca și mine: cum poate un părinte să își tortureze și să își terorizeze în acest fel copilul? O bună parte dintre ei continuă să insiste că trebuie să fi inventat singuri experiența, sau să o fi exagerat. Toți se simt rușinați de ceea ce li s-a întâmplat, acuzându-se pe ei înșiși. Pe un anumit nivel al conștiinței lor, ei cred cu convingere că li s-au întâmplat lucruri atât de îngrozitoare deoarece sunt ei înșiși oameni îngrozitori.

În continuare, Marilyn a început să exploreze cum a învățat copilul neajutorat care a fost cândva să se închidă în sine și să accepte tot ce i se cerea să facă. Mecanismul ei de autoprotecție a fost dispariția propriei identități de sine: ori de câte ori auzea pașii tatălui ei la ușa dormitorului său „începea să plutească printre nori". O altă pacientă de-a mea care a trăit o experiență similară mi-a făcut un desen în care a explicat cum funcționează acest mecanism: când tatăl ei începea să o atingă, ea dispărea. Începea să plutească până la tavan, privind în jos la o altă fetiță care stătea în pat. Era fericită că nu era vorba de ea, ci de o fetiță oarecare, care era molestată.

Privind aceste exemple de minți separate de corpul lor printr-un fel de ceață impenetrabilă, am ajuns să privesc cu alți ochi experiența disocierii, care este atât de comună în rândul victimelor incestului. Marilyn a înțeles ea însăși mai târziu că după ce a devenit adult, a continuat să plutească până la tavan ori de câte ori se afla într-o situație sexuală. În perioada din viața ei în care fusese mai activă din punct de vedere sexual, un partener i-a spus chiar că a fost fantastică în pat, că nu a putut-o recunoaște, că până și felul în care vorbea era diferit. De regulă, ea nu își amintea absolut nimic din ceea ce i se întâmpla. Alteori, devenea furioasă și agresivă. Nu avea nicio idee cine era din punct de vedere sexual, așa că în cele din urmă a preferat să evite complet orice act sexual, până când l-a întâlnit pe Michael.

URÂREA PROPRIULUI CĂMIN

Copiii nu își pot alege părinții și nu pot înțelege că aceștia sunt uneori prea deprimați, furioși sau preocupați pentru a fi alături de ei, ori că atitudinea și comportamentul acestora nu sunt întotdeauna legate de ei. Tot ce pot face copiii este să se organizeze astfel încât să supraviețuiască în interiorul familiei pe care o au. Spre deosebire de adulți, ei nu au alte autorități la care pot apela pentru ajutor. *Singurele* lor autorități sunt părinții. Ei nu pot închiria un apartament și nu se pot muta cu altcineva; însăși supraviețuirea lor depinde de cei care îi îngrijesc.

Copiii simt (chiar dacă nu sunt întotdeauna amenințați în mod direct) că dacă le-ar vorbi profesorilor despre bătăile sau molestarea de acasă ar fi pedepsiți. De aceea, ei preferă să își focalizeze întreaga energie astfel încât să *nu* se gândească la ceea ce li s-a întâmplat, pentru a nu mai simți teroarea și panica în organismul lor. Neputând tolera să știe ce li s-a întâmplat, ei nu pot înțelege nici faptul că furia, teroarea sau colapsul lor sunt legate de experiențele pe care le-au trăit. Ei nu vorbesc, dar acționează și își exprimă sentimentele prin crize de furie, închiderea în sine, acceptare supusă sau sfidare.

Peste toate, copiii sunt programați să le fie fundamental loiali adulților care îi îngrijesc, chiar dacă aceștia îi abuzează. Teroarea nu face decât să le amplifice nevoia de atașament, chiar dacă sursa mângâierii este însăși sursa terorii lor. Nu am cunoscut niciodată un copil

de zece ani care a fost torturat acasă (dovada fiind oasele rupte sau pielea arsă) și care să nu prefere să rămână cu părinții lui în locul unui plasament familial, dacă ar avea de ales. De bună seamă, agățarea de abuzator nu se limitează numai la copii. Au existat nenumărate cazuri de ostatici care le-au plătit cauțiunea celor care i-au sechestrat, femei care și-au exprimat dorința de a se mărita cu abuzatorii lor sau care au întreținut relații sexuale libere cu aceștia, ori victime ale violenței domestice care le iau apărarea celor care le-au agresat. Nu puțini judecători mi-au povestit cât de umiliți se simt atunci când încearcă să protejeze victimele violenței domestice prin emiterea unor ordine de restricție, pentru a afla apoi că acestea le-au permis în secret partenerilor lor să se întoarcă acasă.

Marilyn a avut nevoie de foarte mult timp pentru a se simți pregătită să discute despre abuzul ei. Anterior, ea nu a fost dispusă să încalce loialitatea pe care considera că i-o datora familiei sale, considerând în sinea ei că încă mai are nevoie de ea pentru a fi protejată. Prețul acestei loialități este sentimentul insuportabil al singurătății, al disperării și al neajutorării, însoțit nu de puține ori de furie. Furia care nu are niciun alt canal de manifestare este redirecționată adeseori împotriva propriei ființe, sub forma depresiei, a urii de sine și a acțiunilor autodistructive. Una dintre paciente mi-a spus odată: „Este ca și cum ți-ai uri propriul cămin, bucătăria, oalele și tacâmurile, patul, scaunele, masa și covoarele." Nimic nu ți se pare sigur, lucru valabil înainte de toate pentru propriul tău corp.

Învățarea încrederii este o provocare majoră. O altă pacientă de-a mea, o profesoară de școală care a fost violată în mod repetat la vârsta de șase ani de bunicul ei, mi-a trimis odată următorul e-mail: „Am început să reflectez la pericolul de a mă deschide în fața ta pe când mă îndreptam cu mașina către casă după ședința noastră de psihoterapie. Când am intrat pe autostrada Route 124, mi-am dat seama că mi-am încălcat regula de bază de a nu mă atașa niciodată de tine sau de elevii mei."

În timpul următoarei noastre ședințe, ea mi-a spus că a fost violată inclusiv de șeful ei de laborator, când era la colegiu. Am întrebat-o dacă a cerut ajutor și dacă a depus vreo plângere împotriva lui. „Nu am reușit să mă autoconving să trec strada pentru a ajunge la clinică, mi-a răspuns ea. Eram disperată să primesc ajutor, dar am rămas acolo, convinsă că singurul lucru care mi s-ar putea întâmpla ar

fi să fiu și mai tare rănită. De bună seamă, ar fi trebuit să ascund ceea ce mi s-a întâmplat cu părinții mei și cu ceilalți."

După ce i-am spus că eram îngrijorat în privința ei, mi-a scris un alt e-mail: „Încerc să îmi reamintesc că nu am făcut nimic ca să merit un astfel de tratament. Nu mi s-a mai întâmplat niciodată ca cineva să se uite la mine așa cum ai făcut-o tu, spunându-mi că se simte îngrijorat pentru mine, și prețuiesc acest lucru ca pe o comoară: faptul că cineva pe care îl respect și care înțelege atât de profund prin ce trec mi-a spus că își face griji pentru mine."

Pentru a înțelege cine suntem și pentru a avea o identitate, noi trebuie să știm (sau cel puțin să ni se pară că știm) ce anume este sau a fost „real". Noi trebuie să observăm ceea ce vedem în jurul nostru și să etichetăm corect lucrurile. De asemenea, trebuie să avem încredere în amintirile noastre și să le putem deosebi de imaginația noastră. Pierderea capacității de a face astfel de distincții este unul din semnele „uciderii sufletului", după cum a numit acest proces psihanalistul William Niederland. Anihilarea lucidității și cultivarea negării sunt de multe ori esențiale pentru supraviețuire, dar prețul plătit constă în pierderea identității de sine, a propriilor sentimente și a conștientizării lucrurilor și persoanelor în care poți avea încredere.

REITERAREA TRAUMEI

Una din amintirile traumei din copilărie prin care a trecut Marilyn i-a reapărut acesteia într-un vis în care i s-a părut că este sufocată și că nu mai poate să respire. Avea un prosop alb înfășurat în jurul mâinilor, după care a fost ridicată în sus cu prosopul în jurul gâtului, până când picioarele nu i-au mai atins solul. Marilyn s-a trezit într-o stare de panică, convinsă că va muri. Visul ei mi-a reamintit de coșmarurile pe care mi le povesteau veteranii de război, în care aceștia revedeau cu precizie imaginile fețelor și părților corporale cu care s-au confruntat pe câmpul de luptă. Aceste imagini erau atât de terifiante încât îi determinau să încerce să nu mai doarmă deloc noaptea, preferând să aștipească pe perioade scurte peste zi, când se simțeau mult mai în siguranță.

În timpul acestei etape a terapiei, Marilyn a fost copleșită literalmente cu imagini și senzații asociate cu visul în care s-a simțit sufocată. Ea și-a adus aminte de pildă că la vârsta de patru ani stătea

în bucătărie cu ochii umflați, cu dureri în gât și cu nasul curgându-i, în timp ce tatăl și fratele ei râdeau de ea, numind-o o fetiță foarte proastă. Într-o zi, Marilyn mi-a spus: „Aseară, când mă spălam pe dinți, am fost copleșită de o frică intensă. Mă simțeam ca un pește pe uscat, contorsionându-mi întregul corp în căutarea aerului. Am început să plâng și m-am înecat chiar în timp ce îmi spălam dinții. Mi se părea că sunt bătută și eram cuprinsă de panică. Am fost nevoită să îmi adun toată puterea pentru a nu urla ‚NUUUUUU', în timp ce mă aplecam peste chiuvetă." S-a dus apoi la culcare și a reușit să adoarmă, dar s-a trezit cu regularitate la fiecare două ore pe parcursul restului nopții.

Trauma nu este stocată ca o poveste cu un început, o parte de mijloc și un sfârșit. Așa cum voi explica în detaliu în capitolele 11 și 12, primele amintiri se întorc exact ca în cazul lui Marilyn: sub formă de flash-uri care conțin fragmente de experiențe, imagini, sunete și senzații corporale izolate, care într-o primă instanță nu par să aibă niciun alt context în afara fricii și panicii. Când Marilyn era copil, ea nu știa cum să dea glas unei realități imposibil de descris în cuvinte. De altfel, oricum nu ar fi contat, căci nimeni nu era dispus să o asculte.

La fel ca numeroși alți supraviețuitori ai abuzurilor în copilărie, Marilyn întruchipa puterea forței vitale, a voinței de a trăi și de a-și asuma propria viață, a energiei care contracarează anihilarea produsă de traumă. Încetul cu încetul, am ajuns să înțeleg că singurul lucru care permite munca de vindecare a unei traume este uimirea în fața dedicației față de supraviețuire care i-a ajutat pe pacienții mei să își suporte abuzurile și nopțile întunecate ale sufletului care au urmat în mod inevitabil de-a lungul călătoriei lor către recuperare.

Capitolul 9

CE ARE A FACE IUBIREA CU TOATE ACESTEA?

Inițierea, intimidarea, stigmatizarea, izolarea, neajutorarea și autoînvinovățirea depind de realitatea terifiantă a abuzului sexual al copilului. Orice încercare a copilului de a divulga secretul este contracarată de conspirația tăcerii și a neîncrederii adulților. „Nu te mai gândi la astfel de lucruri; așa ceva nu se poate întâmpla în familia noastră." „Cum te-ai putut gândi la așa ceva?" „Nu vreau să mai aud vreodată că spui așa ceva!" Copilul obișnuit nu pune întrebări și nu spune niciodată ce i s-a întâmplat.

— Roland Summit, *Sindromul de acomodare la abuzul sexual al copilului*

Cum ne putem organiza gândirea în privința unor indivizi precum Marilyn, Mary și Kathy, și ce putem face pentru a-i ajuta? Maniera în care le definim problemele – diagnosticul pe care îl punem – determină felul în care le abordăm tratamentul. În decursul tratamentului psihiatric obișnuit, astfel de pacienți primesc de regulă cinci sau șase diagnostice fără vreo legătură între ele. Dacă medicul lor se focalizează asupra oscilațiilor lor emoționale, îi identifică drept pacienți cu sindromul bipolar și le prescrie litiu și valproat. Dacă medicul este impresionat de disperarea pe care o simt, le spune că suferă de o depresie majoră și le dă un antidepresiv sau altul. Dacă se focalizează asupra agitației și incapacității lor de a fi atenți, le pune diagnosticul de ADHD și îi tratează cu Ritalin sau cu alte stimulente. Dacă se întâmplă ca personalul clinic să studieze traumele, iar pacientul se oferă voluntar, prezentând informații relevante, el poate primi diagnosticul de SSPT. Niciunul din aceste

diagnostice nu este complet greșit, dar totuși niciunul nu descrie cu adevărat condiția de care suferă acești pacienți și cauzele sale.

În calitatea ei de sub-specialitate a medicinei, psihiatria aspiră să definească bolile psihice la fel de precis precum cancerul pancreasului (să spunem) sau infecția cu streptococi a plămânilor. Dată fiind însă complexitatea minții, a creierului și a sistemelor de atașament uman, până acum nu ne-am putut apropia în niciun fel de o astfel de precizie. Înțelegerea „bolilor psihice" ale pacienților ține mai degrabă de starea de spirit a terapeutului (și de terapiile pentru care companiile de asigurări medicale sunt dispuse să plătească) decât de o realitate obiectivă și verificabilă.

Prima încercare serioasă de creare a unui manual sistematic de diagnosticare psihiatrică a avut loc în anul 1980, prin publicarea celei de-a treia ediții a *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale* (DSM-III), care conține lista oficială a tuturor bolilor psihice recunoscute de Asociația Psihiatrică Americană (APA). În Cuvântul Introductiv, manualul DSM-III avertizează răspicat că bolile și categoriile prezentate în continuare nu sunt suficient de precise pentru a putea fi folosite în medicina legală sau pentru asigurările medicale. Cu toate acestea, manualul a devenit în timp un instrument cu o putere colosală: companiile de asigurări solicită un diagnostic DSM pentru plata tratamentului, iar până recent, toate finanțările pentru cercetare din acest domeniu erau bazate pe diagnosticele DSM. În plus, programele academice continuă să fie organizate și astăzi în jurul categoriilor definite în DSM. Etichetele DSM s-au răspândit rapid inclusiv în cultura generală a societății. Astfel, milioane de oameni știu că Tony Soprano suferea de atacuri de panică și de depresie, iar Carrie Mathison din serialul *Homeland* suferă de tulburarea bipolară. Manualul a devenit o veritabilă industrie virtuală, aducând Asociației Psihiatrice Americane peste 100 de milioane de dolari din diferite finanțări. Întrebarea este: le-a oferit el beneficii comparabile pacienților pe care ar fi trebuit să îi servească?

Un diagnostic psihiatric are consecințe serioase: el stă la baza tratamentului, iar primirea unui tratament greșit poate avea efecte catastrofale. Peste toate, eticheta pusă de un diagnostic tinde să rămână lipită de om pentru tot restul vieții sale, având o influență profundă chiar asupra manierei în care acesta se autodefinește. Am

cunoscut nenumărați pacienți care mi-au spus că „sunt" bipolari sau borderline, ori că suferă de SSPT, ca și cum ar fi primit o sentință pe viață să rămână închiși într-o temniță pentru tot restul vieții lor, precum Contele de Monte Cristo.

Niciunul din aceste diagnostice nu ține cont de talentele neobișnuite pe care mulți dintre pacienți noștri și le dezvoltă sau de energia creatoare de care se folosesc ei pentru a supraviețui. Mult prea adesea, diagnosticele sunt simple descrieri ale simptomelor, care îi fac pe oameni să le privească pe pacientele precum Marilyn, Kathy sau Mary ca pe niște femei lipsite de autocontrol care trebuie să fie „aduse pe calea cea bună" sau „reparate".

Dicționarul definește diagnosticul ca: „a) Actul sau procesul de identificare ori de determinare a naturii și cauzei unei boli sau unei răni, printr-o evaluare a istoricului pacientului, prin examinare și prin analiza datelor de laborator; b) Opinia derivată din această evaluare." În acest capitol și în cel următor îmi propun să discut despre prăpastia care există între diagnosticele oficiale și adevăratele boli de care suferă pacienții noștri, precum și despre maniera în care eu și colegii mei am încercat să schimbăm metoda de diagnosticare a pacienților cu istoric traumatic cronic.

CUM POATE FI STABILIT UN ISTORIC AL UNEI TRAUME?

În anul 1985 am început să colaborez cu psihiatra Judith Herman, a cărei primă carte, *Incestul tată-fiică*, a fost publicată recent. Lucram amândoi la Spitalul din Cambridge (unul din spitalele de predare de la Harvard), și cum împărtășeam același interes față de mecanismele prin care le-a afectat trauma viața pacienților noștri, am început să ne întâlnim în mod regulat pentru a schimba notițe. Eram uimiți de numărul mare de pacienți diagnosticați cu tulburarea de personalitate borderline (BPD[7]) care ne-au povestit povești de groază din copilăria lor. BPD este caracterizat prin relații extrem de instabile, bazate pe cramponarea de partener, pe stările emoționale extreme și pe un comportament autodistructiv care include automutilarea și încercările repetate de sinucidere. Pentru a afla dacă există într-adevăr o relație între trauma din copilărie și BPD, am conceput împreună

[7] Acronimul sub care este cunoscută boala. Vine de la *borderline personality disorder*. (n. tr.)

un studiu ştiinţific formal şi am trimis o propunere de finanţare la Institutele Naţionale pentru Sănătate. Aceasta a fost respinsă.

Neabătuţi, eu şi Judy ne-am decis să ne finanţăm singuri studiul, găsind un aliat în Chris Perry, directorul departamentului de cercetare al Spitalului din Cambridge, care era finanţat de Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală pentru a studia BPD şi alte diagnostice similare, numite tulburări de personalitate, la pacienţii recrutaţi de la Spitalul din Cambridge. Perry a acumulat volume întregi de date valoroase referitoare la aceste subiecte, dar nu le-a pus niciodată pacienţilor întrebări referitoare la abuzurile şi neglijarea în copilărie. Chiar dacă nu şi-a ascuns scepticismul la auzul propunerii noastre, el a fost extrem de generos şi ne-a aranjat interviuri cu 55 de pacienţi de la clinica de tratament ambulatoriu a spitalului, fiind de acord să compare apoi descoperirile noastre cu uriaşa bază de date acumulată deja.

Prima întrebare cu care ne-am confruntat eu şi Judy a fost: cum poate fi stabilit un istoric al unei traume? Nu poţi întreba direct un pacient: „Ai fost molestat când erai copil?" sau „Te-a bătut tatăl tău când erai mic?" Câţi oameni ar avea încredere într-un străin pentru a-i împărtăşi astfel de informaţii delicate? Conştienţi că oamenii se simt în general ruşinaţi de traumele pe care le-au experimentat, am conceput un instrument de intervievare pe care l-am intitulat Chestionarul Antecedentelor Traumatice (TAQ[1]). Interviul începea cu o serie de întrebări foarte simple: „Unde locuieşti şi cu cine?", „Cine plăteşte facturile şi cine găteşte şi face curăţenie în casă?" etc., după care progresa treptat către întrebări mai revelatoare, de gen: „Pe cine te bazezi în viaţa ta de zi cu zi?", de pildă: „Atunci când eşti bolnav, cine face cumpărăturile şi cine te duce la doctor?", „Cu cine vorbeşti atunci când eşti supărat?" etc. Cu alte cuvinte, cine îţi asigură suportul emoţional şi practic? Unii pacienţi ne-au dat răspunsuri surprinzătoare, de gen „câinele meu", sau „psihoterapeutul meu", sau „nimeni".

Urmau apoi întrebări similare referitoare la copilăria lor: „Cine locuia acasă la tine? De câte ori v-aţi mutat dintr-o casă în alta? Cine era principalul adult care te-a îngrijit?" etc. Numeroşi pacienţi ne-au răspuns că s-au relocat frecvent cu locuinţa, fiind nevoiţi să

[1] De la *Traumatic Antecedents Questionnaire*. (n. tr.)

schimbe școala la mijlocul anului. Unii au avut părinți care au fost închiși la închisoare sau internați în spitale de psihiatrie, ori care erau militari. Alții s-au mutat dintr-un plasament familial în altul, sau de la o rudă la alta.

Următoarea secțiune a chestionarului se adresa relațiilor din copilărie: „Ce persoană din copilăria ta ți-a arătat afecțiune?", „Cine te-a tratat ca pe o persoană specială?" etc. Urma apoi o întrebare critică (din câte știam eu, nu mai fusese pusă niciodată în cadrul unui studiu științific): „A existat vreo persoană care te făcea să te simți în siguranță în copilăria ta?" Unul din patru pacienți intervievați nu și-a putut aminti nicio astfel de persoană. Am bifat „nimeni" în fișele noastre de lucru fără să comentăm, dar am rămas uluiți. Imaginează-ți un copil care să nu aibă nicio sursă de siguranță, care încearcă să se descurce în lume neprotejat și invizibil pentru ceilalți.

Întrebările continuau astfel: „Cine făcea regulile acasă la voi și cine impunea disciplina?", „Cum erau copiii disciplinați: prin discuții, mustrări, lovituri ușoare, bătăi, închiderea sub cheie?", „Cum își rezolvau părinții tăi neînțelegerile?". Când ajungeau aici, foarte mulți pacienți lăsau de regulă garda jos și ne ofereau în mod voluntar informații detaliate referitoare la copilăria lor. O femeie ne-a spus că a asistat la violarea surorii sale mai mici. O alta ne-a spus că a avut prima experiență sexuală la vârsta de opt ani, cu bunicul ei. Numeroși pacienți de ambele sexe ne-au povestit că stăteau adeseori treji în miez de noapte ascultându-și părinții țipând și distrugând mobila din casă. Un tânăr ne-a relatat cum s-a dus în bucătărie și și-a găsit mama într-o baltă de sânge. Alții ne-au spus că nu erau luați acasă de la școala primară sau că veneau acasă, dar o găseau goală, fiind nevoiți să își petreacă noaptea singuri. O femeie care lucra ca bucătăreasă ne-a spus că a învățat să gătească pregătind mesele pentru familia ei după ce mama sa a fost închisă din cauza drogurilor. O alta ne-a povestit că la vârsta de nouă ani a fost nevoită să ghideze volanul mașinii deoarece mama ei – beată moartă – conducea cu viteză pe o autostradă cu patru benzi la o oră de vârf.

Pacienții noștri nu au avut niciodată opțiunea de a fugi de acasă sau de a scăpa. Ei nu au avut pe nimeni la care să apeleze și nici un loc în care să se ascundă. Cu toate acestea, ei au reușit să își gestioneze cumva teroarea și disperarea. A doua zi se duceau la școală și se prefăceau că totul era în regulă în familia lor. Împreună cu Judy, am înțeles

că toate problemele grupului BPD – disocierea, atașarea disperată de orice persoană dispusă să te ajute – au început ca o modalitate de gestionare a unor emoții copleșitoare și a unei brutalități de care nu puteai scăpa.

După ce am încheiat interviurile, eu și Judy ne-am întâlnit pentru a codifica răspunsurile pacienților, adică pentru a le traduce în numere ca să le putem analiza pe calculator, iar Chris Perry le-a corelat cu informațiile extinse asupra acestor pacienți pe care le aveam stocate în serverul facultății Harvard. Într-o sâmbătă dimineața din luna aprilie ne-a trimis un mesaj prin care ne cerea să venim în biroul său. Aici, am găsit un morman uriaș de foi printate la imprimantă, peste care Chris pusese un desen al lui Gary Larson care prezenta un grup de oameni de știință ce studiau delfinii, uimiți de „sunetele ciudate pe care le produc: ‚aw blah es span yol'". Datele noastre l-au convins că dacă cineva nu înțelege limbajul traumei și al abuzului, nu are cum să înțeleagă BPD.

Așa cum am publicat mai târziu în *American Journal of Psychiatry*, 81% dintre pacienții diagnosticați cu BPD de la Spitalul din Cambridge au raportat povești grave de abuz și/sau neglijare în copilărie; marea majoritate a abuzurilor au început înainte de vârsta de șapte ani. Această descoperire s-a dovedit extrem de importantă, întrucât sugera că impactul abuzului depinde, cel puțin parțial, de vârsta la care începe acesta. Studiile realizate mai târziu de Martin Teicher la Spitalul McLean au arătat că diferite tipuri de abuz au un impact diferit asupra anumitor zone din creier în diferite etape ale procesului de dezvoltare. Deși de atunci încoace descoperirile noastre au fost replicate de numeroase studii, primesc și astăzi lucrări științifice pentru recenzat în care autorii afirmă: „S-a emis ipoteza că pacienții cu borderline au un istoric marcat de traume în copilărie." Mă întreb sincer când devine o ipoteză o realitate considerată dovedită din punct de vedere științific?

Studiul nostru a confirmat concluziile lui John Bowlby:

> Copiii care se simt tot timpul furioși sau vinovați, ori care se tem în mod cronic de abandonare, ajung la astfel

*Transliterație a cuvintelor spaniole: *„Habla Espanol?" (Vorbiți spaniola?")* (n. tr.)

de sentimente prin experiență. Spre exemplu, dacă un copil se teme de abandonare, aceasta nu este o simplă reacție la un impuls homicid inerent, ci cel mai probabil copilul a fost abandonat fizic ori psihic, sau a fost amenințat în mod repetat cu abandonul. În cazul în care copilul este tot timpul furios, acest lucru este o consecință a respingerii sau tratamentului dur de care a avut parte. Dacă el experimentează un conflict interior intens din cauza furiei sale permanente, acest lucru este consecința faptului că exprimarea acestui sentiment îi poate fi interzisă sau poate fi chiar periculoasă pentru el.

Bowlby a remarcat faptul că atunci când copiii sunt nevoiți să se disocieze de experiențele foarte intense pe care le-au trăit, acest lucru le creează probleme grave, inclusiv „o neîncredere cronică în alți oameni, inhibarea curiozității, o neîncredere în propriile lor simțuri și tendința de a considera totul ca fiind ireal". Așa cum vom vedea, aceste concluzii au implicații importante pentru tratamentul acestei afecțiuni.

Studiul nostru ne-a ajutat să ne lărgim orizontul dincolo de simplul impact al unor evenimente absolut oribile (perspectiva specifică diagnosticului de SSPT), pentru a putea privi la efectele pe termen lung ale brutalizării și neglijării copilului. În plus, ne-a făcut să ne punem o nouă întrebare: ce terapii sunt eficiente pentru oamenii care au fost abuzați în copilărie, îndeosebi pentru cei cu tendințe suicidale cronice și care au tendința să își facă singuri rău?

TENDINȚA DE A-ȚI FACE RĂU

În perioada pregătirii mele profesionale, am fost trezit în trei nopți la rând la 3:00 dimineața pentru a-i pune copci unei femei care se tăia la gât cu orice obiect ascuțit pe care putea pune mâna. Ea mi-a spus, oarecum triumfătoare, că aceste tăieturi o făceau să se simtă mult mai bine. Începând de atunci, m-am întrebat întotdeauna de ce procedează unii oameni în acest fel. De ce unii oameni își gestionează supărarea jucând trei meciuri de tenis sau bând un martini, în timp ce alții își taie pielea de pe mâini cu lama de ras? Studiul nostru a arătat

că abuzul fizic și sexual în copilărie este puternic asociat cu încercările de sinucidere și cu tăieturile de mai târziu. M-am întrebat sincer dacă gândurile de sinucidere ale acestor oameni nu au început încă din copilărie, reconfortându-i prin planul lor de evadare prin moarte sau prin rănirea de sine. Înseamnă acest comportament o încercare disperată de a redobândi un oarecare control?

Baza de date a lui Chris Perry conținea informații ample referitoare la ce s-a întâmplat în continuare cu toți pacienții tratați în clinicile ambulatorii ale spitalului, inclusiv rapoarte referitoare la încercările lor de sinucidere și la comportamentul lor autodistructiv. După trei ani de terapie, circa două treimi dintre pacienți și-au îmbunătățit considerabil comportamentul. Întrebarea pe care ne-am pus-o noi a fost: ce membri ai grupului au beneficiat de pe urma terapiei și care dintre ei au continuat să se simtă suicidali și autodistructivi? Compararea comportamentului pacienților tratați în ambulatoriu cu ajutorul interviurilor TAQ făcute de noi ne-a oferit o serie de răspunsuri. Pacienții care au rămas autodistructivi ne-au spus că nu își aminteau să se fi simțit vreodată în siguranță în preajma altor persoane când erau copii, că s-au simțit abandonați, goniți dintr-un loc în altul și în general lăsați să se descurce singuri.

Concluzia a fost că dacă ai o amintire în care te-ai simțit în siguranță cu foarte mult timp în urmă, amprenta acestei afecțiuni timpurii poate fi reactivată în cadrul unor relații armonioase atunci când devii adult, indiferent dacă acestea se produc în viața de zi cu zi sau în cadrul psihoterapiei de calitate. În schimb, dacă nu ai nicio amintire a unui moment în care te-ai simțit iubit și în siguranță, receptorii din creier care răspund la bunătatea umană pur și simplu nu au apucat să se dezvolte. Într-un astfel de caz, cum ar putea învăța pacientul să se calmeze și să se simtă bine în corpul său? Așa cum spuneam, toate aceste descoperiri au implicații serioase asupra terapiei aplicate, așa că voi reveni la această chestiune în partea a cincea a cărții, în care voi vorbi despre tratamente.

PUTEREA DIAGNOSTICULUI

Între altele, studiul nostru ne-a confirmat faptul că există o populație traumatizată diferită de veteranii de război și de victimele

accidentelor, pentru care a fost creat practic diagnosticul de SSPT. Oameni precum Marilyn sau Kathy, dar și pacienții pe care i-am studiat împreună cu Judy sau copiii din clinica de tratament ambulatoriu din cadrul SCMM despre care am vorbit în capitolul 7, nu își amintesc întotdeauna traumele prin care au trecut (acesta fiind unul din criteriile tratamentului de SSPT), sau cel puțin nu sunt preocupați de amintirile specifice ale abuzului lor, dar continuă să trăiască de parcă viața le-ar fi pusă în pericol. Ei cad dintr-o extremă în alta, au probleme în a se focaliza asupra unei sarcini și au izbucniri frecvente, făcându-și rău lor sau altora. Până la un punct, problemele lor se suprapun cu cele ale veteranilor, dar în alte privințe sunt diferiți de aceștia, în sensul că traumele lor din copilărie i-au împiedicat să își dezvolte o parte din capacitățile mentale pe care soldații adulți le aveau înainte de producerea traumei.

După ce am înțeles toate aceste lucruri, ne-am dus să vorbim cu Robert Spitzer care, după ce a coordonat crearea manualului *DSM-III*, se afla în plin proces de revizuire a acestuia. Spitzer a ascultat cu atenție ce i-am spus. El ne-a răspuns că medicii care își petrec zilele tratând cu răbdare populația au toate șansele să își creeze o expertiză considerabilă asupra bolilor acesteia. El ne-a sugerat să facem un studiu prin care să comparăm problemele diferitelor grupuri de indivizi traumatizați, și m-a numit pe mine șef de proiect. Am început prin a crea o scală de evaluare cu toate simptomele generate de traume raportate în literatura de specialitate, după care am intervievat 525 de pacienți adulți din cinci locuri diferite din țară, pentru a vedea în ce măsură suferă populațiile diferite de probleme diferite sau nu. Am împărțit aceste populații în trei grupe: cele cu un istoric al abuzurilor fizice și sexuale în copilărie din partea părinților; victimele recente ale violenței domestice; și oameni care au trecut recent printr-un dezastru natural.

Am descoperit că există o diferență clară între cele trei grupe de victime, și îndeosebi între cele aflate la extremele opuse ale spectrului: victimele abuzurilor în copilărie și adulții care au supraviețuit unui dezastru natural. Adulții abuzați în copilărie aveau adeseori dificultăți de concentrare, se plângeau că se simt tot timpul la limită și se urau pe ei înșiși. Ei aveau probleme enorme în negocierea relațiilor intime, oscilând între relații complet lipsite de discriminare, foarte riscante și nesatisfăcătoare din punct

de vedere sexual, pe de o parte, și blocajul sexual total pe de altă parte. De asemenea, aveau goluri mari în memorie, erau angrenați în comportamente autodistructive și aveau foarte multe probleme medicale. Aceste simptome erau relativ rare la supraviețuitorii dezastrelor naturale.

Fiecărui diagnostic major prezentat în manualul DSM îi era atribuit un grup de lucru responsabil pentru sugerarea unor revizuiri la ediția următoare. Eu am prezentat rezultatele studiului nostru grupului de studiu pentru SSPT, care urma să facă revizuiri în vederea producerii manualului *DSM-IV*, după care am votat cu 19 voturi pentru și 2 împotrivă pentru crearea unui nou diagnostic de traumă pentru victimele traumelor interpersonale: „tulburări de stres extrem, fără alte specificații" (DESNOS[10]) sau „SSPT complex", pe scurt. Am așteptat apoi cu nerăbdare publicarea *DSM-IV* din mai 1994. Spre marea noastră surpriză, diagnosticul aprobat cu o mare majoritate de grupul nostru nu a apărut însă în manualul final. Niciunul dintre noi nu a fost consultat.

Această excludere a avut consecințe tragice: un mare număr de pacienți nu puteau fi diagnosticați în mod corect, iar clinicienii și cercetătorii nu puteau dezvolta științific tratamente adecvate pentru ei. Nimeni nu poate dezvolta un tratament pentru o boală care nu există. Lipsa unui diagnostic îi pune pe terapeuții moderni în fața unei dileme serioase: cum putem trata oameni care se confruntă cu consecințele abuzului, trădării și abandonului în condițiile în care suntem siliți să îi tratăm pentru depresie, atac de panică, tulburarea bipolară sau tulburarea de personalitate de tip borderline, care nu corespund adevăratei lor afecțiuni?

Consecințele abuzului și neglijării în copilărie sunt infinit mai comune și mai complexe decât impactul uraganelor și al accidentelor de automobil. Cu toate acestea, persoanele responsabile de modelarea sistemului nostru de diagnosticare au decis să nu țină cont de aceste dovezi. Până în zilele noastre, după 20 de ani și patru revizuiri ulterioare, DSM și întregul sistem de diagnosticare bazat pe el continuă să nu recunoască victimele abuzului și neglijării în copilărie, la fel cum au ignorat suferințele veteranilor înainte de introducerea diagnosticului de SSPT în anul 1980.

---

[10] De la *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (n. tr.)

EPIDEMIA ASCUNSĂ

Cum poți transforma un copil nou-născut, cu toate promisiunile și capacitățile infinite pe care le oferă el, într-un bețiv fără casă de 30 de ani? La fel ca în cazul altor mari descoperiri, medicul internist Vincent Felitti a descoperit accidental răspunsul la această întrebare.

În anul 1985, Felitti era șeful Departamentului de Medicină Preventivă din cadrul Spitalului Kaiser Permanente din San Diego, care la vremea respectivă era cel mai mare program de testare medicală din lume. În plus, el conducea o clinică de obezitate care aplica o tehnică numită „postul absolut cu suplimente" pentru o scădere dramatică în greutate fără o operație chirurgicală. Într-o zi, în biroul lui s-a prezentat o infirmieră asistentă de 28 de ani. Felitti a acceptat afirmația acesteia că obezitatea era principala sa problemă și a înscris-o în programul său. În următoarele 51 de săptămâni, greutatea ei a scăzut de la 185 la 60 de kilograme.

Când Felitti a revăzut-o însă câteva luni mai târziu, aceasta se îngrășase mai mult decât credea el că ar fi posibil din punct de vedere biologic. Ce se întâmplase? S-a dovedit că noua ei siluetă a atras un coleg de serviciu, care a început să flirteze cu ea, iar apoi i-a propus să facă sex cu el. Femeia s-a dus imediat acasă și a început să mănânce. A continuat să mănânce toată ziua, ba s-a trezit și noaptea de câteva ori pentru a băga ceva în gură. Când Felitti i-a pus întrebări în legătură cu această reacție extremă, ea a recunoscut că a avut un istoric de incest de lungă durată cu bunicul ei.

A fost abia al doilea caz de incest pe care l-a întâlnit Felitti de-a lungul practicii sale medicale de 23 de ani. Cu toate acestea, doar zece zile mai târziu, el a auzit o poveste similară. Începând să investigheze mai îndeaproape chestiunea, el și echipa sa au descoperit șocați că aproape toți pacienții lor care sufereau de o obezitate morbidă au fost abuzați sexual în copilărie. Mulți dintre ei au avut și alte probleme familiale.

În anul 1990, Felitti a plecat la Atlanta pentru a-și prezenta datele colectate de echipa sa în urma intervievării a 286 de pacienți la o întrunire a Asociației Nord-Americane pentru Studiul Obezității. Reacția anumitor experți l-a uluit: cum se face că i-a crezut pe pacienți? Chiar nu-și dădea seama că aceștia ar fi inventat orice poveste numai pentru a-și justifica eșecul în viață? Cu toate acestea, un epidemiolog

de la Centrele pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC) l-a încurajat pe Felitti să înceapă un studiu mult mai amplu, bazat pe o populație generală, și l-a invitat să se întâlnească cu un mic grup de cercetători la CDC. Rezultatul a fost o investigație monumentală a Experiențelor Adverse din Copilărie (cunoscută astăzi sub numele de Studiul ACE), ca o colaborare între CDC și Kaiser Permanente, principalii co-investigatori fiind dr. Robert Anda și dr. Vincent Felitti.

Mai mult de 50.000 de pacienți de la Kaiser vin anual la Departamentul pentru Medicină Preventivă pentru o evaluare cuprinzătoare, bazată pe completarea unui chestionar medical extensiv. Felitti și Anda au petrecut mai mult de un an pentru a crea zece întrebări noi, care să acopere categoriile atent definite ale experiențelor adverse din copilărie, inclusiv abuzul fizic și sexual, neglijarea fizică și emoțională, și disfuncția familială, categorie în care intră părinții divorțați, bolnavi psihic, dependenți sau în închisoare. Cei doi au întrebat în continuare 25.000 de pacienți dacă erau dispuși să dezvăluie informații legate de ceea ce li s-a întâmplat în copilărie. 17.421 dintre ei au răspuns afirmativ. Răspunsurile lor au fost comparate apoi cu fișele medicale detaliate pe care Kaiser le păstra pentru toți pacienții săi.

Studiul ACE a arătat că experiențele traumatice de viață în timpul copilăriei și al adolescenței sunt mult mai comune decât se credea până atunci. Cei mai mulți dintre respondenți au fost de rasă albă, din clasa mijlocie, cu o vârstă medie, bine educați și bucurându-se de o securitate financiară suficient de mare pentru a-și permite o asigurare medicală bună. Cu toate acestea, numai o treime dintre ei au raportat că nu au trăit experiențe adverse în copilărie.

- Un individ din zece a răspuns afirmativ la întrebarea: „Ai fost înjurat, insultat sau desființat verbal, des sau foarte des, de un părinte sau de un alt adult din căminul tău?"
- Mai mult de un sfert dintre respondenți au răspuns afirmativ la întrebările: „Au fost împins, tras, pălmuit sau izbit cu un obiect, des sau foarte des, de unul din părinți?" și „Ai fost lovit suficient de dur de unul din părinți pentru a-ți rămâne vânătăi?". Cu alte cuvinte, mai mult de un sfert din populația Americii pare să fi fost abuzată fizic în copilărie.

- La întrebările: „Te-a pus un adult sau o persoană cu cel puțin cinci ani mai mare ca tine să îi atingi corpul într-o manieră sexuală?" și „A încercat vreodată un adult sau o persoană cu cel puțin cinci ani mai mare ca tine să facă sex oral, anal sau vaginal cu tine?", 28% dintre femei și 16% dintre bărbați au răspuns afirmativ.
- O persoană din opt a răspuns afirmativ la întrebările: „Ai asistat vreodată când erai copil la o scenă în care mama ta era împinsă, trasă, pălmuită sau lovită cu ceva?" și „Ai asistat vreodată când erai copil la o scenă în care mama ta era lovită sau bătută cu pumnii ori cu un obiect greu?"

Fiecare răspuns afirmativ a fost evaluat la un punct, astfel încât scorul total al ACE putea oscila de la zero la zece. Spre exemplu, o persoană care a experimentat abuzuri verbale frecvente, care a avut o mamă alcoolică și al cărei părinți au divorțat ar primi un scor ACE de trei. Din cele două treimi dintre respondenți care au acceptat să răspundă la întrebări referitoare la experiențele adverse pe care le-au trăit în copilărie, 87% au avut un scor de doi sau mai mult. Un respondent din șase a avut un scor ACE de patru sau mai mare.

Pe scurt, Felitti și echipa sa au descoperit că experiențele adverse sunt interconectate, chiar dacă de regulă sunt studiate separat. Este greu să crești într-un cămin în care unul din frați este la închisoare, dar în rest totul este în regulă, sau în care mama este bătută în mod regulat, dar altminteri totul decurge normal. Incidentele referitoare la abuzuri nu sunt niciodată singulare. Drama este că pentru fiecare experiență adversă suplimentară, povara daunelor ulterioare crește.

Felitti și echipa sa au descoperit că efectele traumelor din copilărie încep să devină evidente pentru prima oară în perioada școlii. Mai mult de jumătate dintre persoanele cu un scor ACE mai mare sau egal cu patru au probleme de învățare sau de comportament, prin comparație cu doar 3% dintre cele cu un scor egal cu zero. Pe măsură ce copiii cu probleme se maturizează, ei nu își depășesc în niciun caz problemele. După cum notează Felitti: „Experiențele traumatice sunt adeseori uitate și ascunse de rușine, pecetea secretului și tabuuri sociale", dar studiul a revelat că impactul traumelor pătrunde întreaga

viață de adult a victimelor. Spre exemplu, s-a dovedit că un scor ACE ridicat este corelat cu un absenteism mai mare la locul de muncă, probleme financiare și un venit mai mic.

În ceea ce privește suferința personală, rezultatele s-au dovedit însă devastatoare. Pe măsură ce scorul ACE crește, depresia cronică în anii de adult se amplifică dramatic. În cazul persoanelor cu un scor mai mare sau egal cu patru, prevalența ei este de 66% la femei și 35% la bărbați, prin comparație cu 12% la persoanele cu un scor ACE egal cu zero. Probabilitatea ca persoana să ia medicamente antidepresive sau analgezice cu prescripție medicală crește de asemenea direct proporțional cu scorul ACE. După cum arată Felitti, este posibil ca noi să tratăm astăzi ceea ce s-a întâmplat în urmă cu 50 de ani, cu un cost din ce în ce mai mare. Medicamentele antidepresive și analgezicele reprezintă un procent important din cheltuielile pentru îngrijirea sănătății la nivel național, aflate într-o creștere rapidă. (Ironia face ca studiile să arate că pacienții depresivi care nu au fost abuzați sau neglijați în copilărie să reacționeze mult mai bine la antidepresive decât cei care au fost.)

De asemenea, rata încercărilor de sinucidere recunoscute crește exponențial odată cu scorul ACE. Astfel, probabilitatea ca o persoană să încerce să se sinucidă crește de 50 de ori dacă ea are un scor ACE egal cu șase decât dacă are un scor egal cu zero. Cu cât o persoană se simte mai izolată și mai neprotejată, cu atât mai mult îi se va părea moartea singura posibilitate de ieșire din infernul în care se află. Atunci când mass-mediu raportează o asociere între factorii de mediu și creșterea riscului de cancer cu 30%, aceasta este considerată o știre de primă pagină, dar cifrele dramatice despre care am vorbit mai sus sunt ignorate de toată lumea.

Ca parte integrantă a evaluării lor medicale inițiale, practicanții la studiu au fost întrebați: „Te-ai considerat vreodată alcoolic?" Oamenii cu un scor ACE egal cu patru s-au dovedit a fi de șapte ori mai predispuși să fie alcoolici decât cei cu un scor egal cu zero. Consumul de droguri injectate crește de asemenea exponențial direct proporțional cu scorul ACE: astfel, în cazul persoanelor cu un scor egal cu șase sau mai mare, probabilitatea de a consuma droguri injectate s-a dovedit de 46 de ori mai mare decât în cazul celor cu un scor egal cu zero.

Femeile participante la studiu au fost întrebate dacă au fost violate în anii de adult. La un scor ACE egal cu zero, prevalența violului

a-a dovedit a fi de 5%; la un scor egal cu patru, ea s-a dovedit a fi de 33%. De ce sunt mult mai predispuse fetele abuzate sau neglijate în copilărie să fie violate? Răspunsurile la această întrebare au implicații care depășesc cu mult violul. Spre exemplu, numeroase studii au arătat că fetele care asistă la scene de violență domestică în copilărie au un risc mult mai mare de a se angrena ele însele peste ani în relații violente. În cazul băieților care au asistat în copilărie la scene de violență domestică, riscul de a-și abuza peste ani partenera crește de șapte ori. Mai mult de 12% dintre participanții la studiu și-au văzut mamele bătute în copilărie.

Lista comportamentelor de mare risc prezise de scorul ACE a inclus: fumatul, obezitatea, sarcina neintenționată, partenerii sexuali multipli și bolile cu transmitere sexuală. În sfârșit, influența scorului ACE asupra problemelor de sănătate s-a dovedit a fi copleșitoare: persoanele cu un scor egal cu șase sau mai mare au avut o șansă cu cel puțin 15% mai mare decât cele cu un scor egal cu zero de a suferi la ora actuală de oricare din principalele zece cauze ale mortalității din Statele Unite, inclusiv de boala pulmonară obstructivă cronică (COPD), de boala ischemică a inimii și de boala ficatului. Ele s-au dovedit a fi de două ori mai predispuse să sufere de cancer și de patru ori mai predispuse să sufere de emfizem. Stresul continuu în care trăiește corpul lor își lasă mai devreme sau mai târziu amprenta asupra stării lor de sănătate.

CÂND PROBLEMELE SE DOVEDESC DE FAPT A FI SOLUȚII

La 12 ani după ce a tratat-o, Felitti a întâlnit-o din nou pe femeia a cărei scădere, iar apoi creștere în greutate l-au determinat să înceapă această investigație. Aceasta i-a spus că între timp și-a făcut o operație de chirurgie bariatrică, dar după ce a slăbit 44 de kilograme, a devenit suicidală. A avut nevoie de cinci internări într-un spital psihiatric și de trei ședințe cu electroșocuri pentru a-și putea controla tendințele suicidale. Felitti insistă că obezitatea, considerată de mulți o problemă majoră de sănătate publică, ar putea fi de fapt o soluție personală pentru foarte mulți oameni. Gândește-te o clipă la implicații: în cazul în care confunzi soluția personală a unui individ cu o problemă ce trebuie eliminată, acesta nu numai că nu va răspunde la tratament, așa cum se întâmplă

adeseori în cadrul programelor pentru dependenți, dar este chiar posibil să îi apară alte probleme.

O femeie care a fost victima unui viol i-a spus odată lui Felitti: „Femeile supraponderale sunt ignorate de bărbați; de aceea, simt nevoia să fiu grasă." Felitti amintește inclusiv exemplul a doi gardieni de la o închisoare de stat, încadrați în programul său de tratare a obezității. Aceștia au pus foarte repede la loc greutatea pe care au pierdut-o inițial, întrucât se simțeau mult mai în siguranță atât timp cât erau mai mari decât deținuții pe care îi păzeau. Un alt pacient a devenit obez după ce părinții săi au divorțat, iar el s-a mutat cu bunicul său, un alcoolic violent. El i-a explicat lui Felitti: „Nu mâncam pentru că îmi era foame, ci pentru a mă simți în siguranță. Încă de la grădiniță am fost bătut de foarte mulți copii. După ce m-am îngrășat, nimeni nu s-a mai atins de mine."

Concluzia studiului ACE a fost: „Deși pacientul înțelege limpede că metoda de adaptare pe care a ales-o [cum ar fi fumatul, alcoolul, drogurile, obezitatea] este nocivă pentru sănătatea sa, îi vine greu să renunțe la ea. De altfel, nu mulți medici țin cont de faptul că multe din riscurile pe termen lung pentru sănătate ar putea fi benefice pe termen scurt. Foarte mulți pacienți ne spun cât de benefice sunt pentru ei aceste ‚riscuri pentru sănătate'. Deși îi tulbură pe bună dreptate pe mulți, ideea că problema ar putea fi o soluție corespunde faptului că în orice sistem biologic coexistă adeseori forțe opuse... Problema vizibilă nu reprezintă de multe ori decât un marcator pentru adevărata problemă, de lungă durată și ascunsă de rușinea, secretul și uneori chiar amnezia pacientului, și nu de puține ori de disconfortul medicului."

ABUZUL COPIILOR: CEA MAI MARE PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A NAȚIUNII NOASTRE

Prima dată când l-am ascultat pe Robert Anda prezentând rezultatele studiului ACE, acesta nu și-a putut opri lacrimile. În cariera sa la CDC, el a lucrat anterior în mai multe domenii de risc major, inclusiv în cercetarea dependenței de tutun și a sănătății cardiovasculare. Când datele studiului ACE au început să apară pe ecranul calculatorului său, el a realizat că acestea îi prezentau cea mai gravă și mai costisitoare problemă de sănătate publică din Statele Unite:

abuzul copiilor. Potrivit calculelor lui Anda, costurile totale generate de această problemă le depășesc pe cele pentru cancer sau pentru boala cardiovasculară. Concluzia lui a fost că eradicarea abuzului copiilor în Statele Unite ar reduce incidența depresiei cu mai mult de jumătate, a alcoolismului cu două treimi iar a sinuciderilor, folosirii de droguri injectabile și violenței domestice cu trei sferturi. În plus, ar avea un efect dramatic asupra performanței la locul de muncă și ar reduce considerabil nevoia de condamnare a oamenilor la închisoare.

Atunci când raportul chirurgului general al Statelor Unite referitor la efectele fumatului asupra stării de sănătate a fost publicat în anul 1964, el a declanșat o campanie juridică și medicală ce a durat decenii la rând, dar care a schimbat viața de zi cu zi și starea de sănătate pe termen lung a milioane de oameni. Numărul americanilor care fumează a scăzut de la 42% din totalul adulților în anul 1965 la 19% în 2010. Se estimează astfel că aproape 800.000 de decese din cauza cancerului la plămâni au putut fi prevenite între anii 1975-2000.

Din păcate, studiul ACE nu a avut un astfel de efect. Studiile și lucrările care i-au urmat continuă să fie publicate în întreaga lume, dar pacienții abuzați în copilărie precum Marilyn sau copiii din clinicile ambulatorii și din centrele rezidențiale de tratament din întreaga țară continuă să apară în același ritm. Singura diferență este că la ora actuală ei primesc doze masive de medicamente psihotrope, care îi fac mai ușor de manevrat, dar le inhibă capacitatea de a simți plăcerea și curiozitatea, de a crește și de a se dezvolta în plan emoțional și intelectual, și de a deveni astfel membri cu o contribuție majoră ai societății.

Capitolul 10

TRAUMA ÎN PROCESUL DEZVOLTĂRII: EPIDEMIA ASCUNSĂ

Ideea că experiențele adverse din primii ani ai copilăriei conduc la perturbări substanțiale ale procesului de dezvoltare este mai mult o intuiție clinică decât o realitate confirmată de cercetări. Nu există dovezi cunoscute ale unor perturbări ale procesului de dezvoltare precedate în timp de vreun sindrom al traumei.

— Din explicația respingerii diagnosticului de Tulburare de Traumă în Procesul de Dezvoltare de către Asociația Americană de Psihiatrie, mai 2011

Studiile referitoare la efectele tratamentelor traumatice în primii ani de viață ne spun o poveste diferită: că aceste tratamente au efecte negative durabile asupra dezvoltării creierului. Practic, creierul nostru este modelat de primele experiențe de viață. Tratamentul traumatic este o daltă care sculptează creierul, forțându-l să se adapteze cu prețul unor răni profunde și de lungă durată. Abuzul în copilărie nu este ceva ce „poți depăși". El reprezintă un rău a cărui existență trebuie să o recunoaștem și cu care trebuie să ne confruntăm dacă dorim să punem capăt cercului vicios al violenței în această țară.

— Dr. Martin Teicher, Scientific American

Există sute de mii de copii precum cei pe care ți-i voi descrie în continuare, iar aceștia absorb resurse enorme, de multe ori fără niciun beneficiu apreciabil. În final, ei umplu închisorile sau se înghesuie în instituțiile care acordă indemnizații de șomaj și în clinicile

medicale. Marea majoritate a americanilor nu îi cunosc decât sub formă de statistici. Zeci de mii de profesori de școală, ofițeri de supraveghere a deținuților eliberați înainte de termen, asistenți sociali, judecători și profesioniști din domeniul sănătății psihice își petrec timpul încercând să îi ajute, pe socoteala contribuabililor americani.

Anthony avea doi ani și jumătate când a fost trimis la Centrul nostru pentru Traume de un centru pentru îngrijirea copilului, întrucât supraveghetorii săi nu mai suportau să fie muşcaţi şi împinşi, refuzul lui de a se culca după-amiaza, plânsul continuu, izbitul capului de zid și legănatul. Copilul nu se simțea în siguranță cu niciun membru al personalului instituției și fluctua între colapsul deznădăjduit și sfidarea furioasă.

Când i-am cunoscut pe el și pe mama lui, Anthony s-a agățat speriat de ea, ascunzându-și fața, în timp ce ea îi spunea: „Nu mai fi așa un copil." Anthony s-a speriat când a auzit o ușă trântită în apropiere, îngropându-și și mai adânc capul în poala mamei sale. Când aceasta l-a împins, el a rămas într-un colț și a început să se izbească de zid. „Face asta doar ca să mă enerveze", ne-a spus mama. Când i-am cerut să ne spună ceva despre povestea ei de viață, ne-a relatat că a fost abandonată de părinți și crescută de diferite rude care au lovit-o, au ignorat-o și au început să o abuzeze sexual la vârsta de 11 ani. A rămas însărcinată în urma relației cu un iubit beţiv, care a părăsit-o când i-a spus că este gravidă. Anthony era la fel ca taică-su, ne-a spus ea: un copil bun de nimic. Avusese nenumărate certuri violente cu iubiții care au urmat, dar era absolut sigură că acestea au avut loc prea târziu în noapte pentru ca Anthony să observe ceva.

Dacă Anthony ar fi fost internat într-un spital, el ar fi fost diagnosticat cu diferite tulburări psihice: depresie, tulburare de tip opoziție-sfidare, anxietate, tulburare de atașament reactiv, ADHD și SSPT. Din păcate, niciunul din aceste diagnostice nu clarifica în vreun fel ce anume era în neregulă cu el: faptul că era speriat de moarte și că lupta așa cum știa pentru viața sa, neavând încredere că mama lui îl putea ajuta în vreun fel.

Un alt caz este cel al Mariei, o adolescentă de etnie latină în vârstă de 15 ani, unul din cei peste 500.000 de copii americani care cresc în plasament familial și în programe de tratament rezidențial. Maria este obeză și agresivă. Ea a fost abuzată sexual, fizic și emoțional, locuind în peste 20 de cămine începând de la vârsta de opt ani.

Vraful de fișe medicale care ne-a parvenit odată cu ea o descriau ca fiind mută, răzbunătoare, impulsivă, agitată și cu tendința de a se răni singură, cu oscilații emoționale extreme și cu un temperament exploziv. Ea însăși se descrie pe sine ca fiind „un gunoi fără nicio valoare și respins de toată lumea".

După mai multe încercări de sinucidere, Maria a fost plasată într-unul din centrele noastre rezidențiale de tratament. La început a fost retrasă și nu a scos niciun cuvânt, devenind însă violentă dacă cineva încerca să se apropie de ea. După ce alte abordări au dat greș, a fost plasată într-un program de terapie cu cai, având un cal pe care trebuia să îl îngrijească zilnic și învățând o serie de tehnici simple de dresaj. Doi ani mai târziu am vorbit cu Maria la ceremonia de absolvire a liceului. Fusese acceptată de un colegiu de patru ani. Când am întrebat-o ce anume a ajutat-o cel mai mult, mi-a răspuns: „Calul pe care l-am îngrijit." Mi-a spus că primele momente din viața ei în care a început să se simtă în siguranță au fost cele pe care le-a petrecut cu animalul. Acesta o aștepta cu răbdare în fiecare zi și se bucura atunci când o vedea. Maria a început să simtă o conexiune viscerală cu o altă creatură, vorbindu-i calului ca unui prieten. Încetul cu încetul, ea a început să vorbească cu ceilalți copii din program, și în cele din urmă cu consilierul ei.

Virginia este o fată de etnie albă, adoptată, în vârstă de 13 ani. A fost luată de la mama ei biologică deoarece aceasta consuma droguri. După ce prima ei mamă adoptivă s-a îmbolnăvit și a murit, ea a fost mutată dintr-un plasament familial în altul, până când a fost adoptată din nou. Virginia încerca să seducă orice bărbat care îi ieșea în cale, și ne-a spus că a fost abuzată fizic și sexual de diferiți adulți care au îngrijit-o. A ajuns la programul nostru rezidențial de tratament după 13 încercări de sinucidere soldate cu internări în spital. Personalul medical ne-a descris-o ca pe o fată izolată, dornică să controleze totul, explozivă, extrem de sexuală, invazivă, răzbunătoare și narcisistă. Ea se descria singură ca fiind dezgustătoare și ne-a spus că și-ar dori să moară. Diagnosticele din fișele ei medicale erau: sindrom bipolar, tulburare explozivă intermitentă, tulburare de atașament reactiv, tulburare de deficit de atenție (ADD), ADHD de tip hiperactiv, tulburare de tip opoziție-sfidare (ODD) și tulburarea folosirii de substanțe. Cine era însă cu adevărat Virginia? Cum o puteam ajuta să aibă o viață?

Problemele acestor copii nu pot fi rezolvate decât dacă definim corect ce se întâmplă cu ei, fără a ne limita doar să creăm noi medicamente pentru a-i ține sub control sau să încercăm să descoperim „gena" responsabilă pentru „boala" lor. Provocarea constă în a descoperi modalități prin care să îi ajutăm să ducă o viață productivă, economisind astfel sute de milioane de dolari din taxele contribuabililor. Procesul începe întotdeauna prin examinarea corectă a faptelor.

GENE DE PROASTĂ CALITATE?

Date fiind problemele consistente cu care se confruntă acești copii și părinții lor disfuncționali, am putea fi tentați să atribuim problemele lor unor gene de proastă calitate. Tehnologia conduce întotdeauna la noi direcții pentru cercetare, iar de când a devenit posibil să facem teste genetice, psihiatria s-a angajat să descopere cauzele genetice ale bolilor psihice. Descoperirea unei verigi genetice pârea extrem de relevantă în cazul schizofreniei, o boală psihică destul de comună (afectează circa 1% din populație), severă și greu de gestionat, care se transmite în mod evident de la o generație la alta. Și totuși, după 30 de ani de cercetări, în care au fost cheltuite foarte multe milioane de dolari, cercetătorii nu au reușit încă să descopere tiparele genetice ale schizofreniei (sau ale oricărei alte boli psihice). Alți colegi de-ai mei au lucrat din greu pentru a descoperi factorii genetici care îi predispun pe oameni către stresul traumatic. Procesul de cercetare continuă, dar până acum nu a reușit să ofere vreun răspuns autentic.

Cercetările de ultimă oră au eliminat ideea că o genă anume poate produce un rezultat precis. Cercetările au arătat că este nevoie de colaborarea mai multor gene pentru a influența un anumit rezultat. Încă și mai important, genele nu au consecințe fixe. Evenimentele vieții pot declanșa mesaje biochimice care le activează sau le inactivează prin legăturile chimice formate de metil (un cluster format din atomi de carbon și de hidrogen) cu partea exterioară a genei (proces numit metilare), făcând-o mai mult sau mai puțin sensibilă la mesajele primite de la organism. Deși evenimentele vieții pot schimba comportamentul unei gene, ele nu îi pot modifica totuși structura fundamentală. Tiparele metilării pot fi transmise însă urmașilor, fenomen cunoscut sub numele de epigenetică. Și de această dată, corpul nu uită, păstrând amintirile pe un nivel extrem de profund.

Unul dintre cele mai citate experimente din domeniul epigeneticii a fost realizat de cercetătorul Michael Meaney de la Universitatea McGill, care studiază puii nou-născuți de șobolani și pe mamele lor. Meaney a descoperit că maniera în care mama își linge și își îngrijește puii în primele 12 ore după ce i-a născut le afectează acestora permanent substanțele chimice din creier care reacționează la stres, modificând configurația a peste o mie de gene. Puii de șobolan care sunt lingi foarte intensiv de mama lor devin mai curajoși și produc nivele mai mici de hormoni atunci când sunt supuși stresului decât cei ai căror mame sunt mai puțin atente cu ei. De asemenea, ei se recuperează mai rapid, avantaj pe care îl păstrează de-a lungul întregii lor vieți; își dezvoltă conexiuni mai ample în hipocamp, un centru cheie pentru învățare și memorie, și se descurcă mai bine atunci când sunt introduși într-un labirint (unul din talentele importante ale rozătoarelor studiate în laborator).

Cercetările de ultimă oră arată că experiențele stresante influențează în egală măsură expresia genelor la oameni. Copiii ale căror mame au rămas captive în case neîncălzite în timpul unei furtuni de zăpadă de lungă durată din Quebec pe când erau însărcinate au prezentat schimbări epigenetice majore prin comparație cu cei ale căror mame au locuit în case în care sistemul de încălzire a putut fi reabilitat în mai puțin de o zi. Cercetătorul Moshe Szyf de la Universitatea McGill a comparat profilele epigenetice ale câtorva sute de copii de la cele două extreme ale scalei privilegiului social din Marea Britanie și a măsurat efectele abuzului asupra copilului în ambele grupe. Diferențele de clasă socială au fost asociate cu profiluri epigenetice distincte, dar copiii abuzați din ambele categorii au avut în comun modificări la nivelul a 73 de gene. Concluzia trasă de Szyf a fost: „Schimbările majore din corpul nostru se pot produce nu doar sub influența substanțelor chimice și toxinelor, ci și prin influența lumii sociale asupra biologicului."

MAIMUȚELE AU ADUS CLARIFICĂRI REFERITOARE LA VECHILE ÎNTREBĂRI DE GENUL „NATURĂ VERSUS AFECȚIUNE"

Una dintre cele mai clare modalități de a înțelege cum influențează calitatea actului parental și a mediului înconjurător expresia genelor

este oferită de activitatea lui Stephen Suomi, șeful Laboratorului pentru Etologie Comparată din cadrul Institutelor Naționale pentru Sănătate. Timp de mai bine de 40 de ani, Suomi a studiat transmisia personalității de la o generație la alta de maimuțe rhesus (macaci), care împărtășesc 95% din genele umane, procent depășit numai de cimpanzei și de maimuțele bonobo. La fel ca oamenii, maimuțele rhesus trăiesc în grupuri sociale mari, cu alianțe complexe și relații bazate pe statut, în care numai membrii care își sincronizează comportamentul cu cerințele grupului pot supraviețui și înflori.

Maimuțele rhesus pot fi comparate cu oamenii inclusiv în ceea ce privește tiparele atașamentelor lor. Puii nou-născuți ai maimuțelor depind de contactul fizic intim cu mama lor, și așa cum a remarcat Bowlby în cazul oamenilor, ei se dezvoltă prin explorarea reacțiilor lor la mediul înconjurător, alergând înapoi la mama lor ori de câte ori se simt speriați sau pierduți. De îndată ce devin mai independenți, joaca împreună cu ceilalți pui reprezintă principala modalitate prin care învață să socializeze.

Suomi a identificat două tipuri de personalități care au în mod consistent probleme: maimuțele nervoase și anxioase, care devin speriate, retrase și deprimate chiar și în situațiile în care celelalte maimuțe se joacă și explorează; și maimuțele extrem de agresive, care creează atât de multe probleme încât sunt adeseori izgonite, bătute sau chiar ucise. Ambele tipuri sunt diferite din punct de vedere biologic de suratele lor. Anormalitățile legate de nivelul de excitație, hormonii stresului și metabolismul substanțelor chimice din creier (precum serotonina) pot fi detectate încă din primele săptămâni de viață, iar biologia și comportamentul acestor maimuțe nu se mai schimbă după maturizare. Suomi a descoperit o gamă largă de comportamente cu o bază genetică. Spre exemplu, maimuțele anxioase (clasificate astfel pe baza comportamentului lor, dar și a nivelului ridicat de cortizol din sânge la vârsta de șase luni) consumă mai mult alcool în situații experimentale decât altele atunci când ajung la vârsta de patru ani. Maimuțele agresive din punct de vedere genetic sunt la fel de predispuse către excese, dar beau până când leșină, spre deosebire de maimuțele anxioase, care par să bea doar pentru a se calma.

Mediul social influențează la fel de mult comportamentul și biologia maimuțelor. Astfel, femelele anxioase și nervoase nu se joacă la fel de mult cu celelalte maimuțe. De aceea, lor le lipsește suportul

social atunci când dau naştere şi riscă să îşi neglijeze sau să îşi abuzeze puii. În schimb, femelele care sunt bine integrate într-un grup social stabil devin mame foarte bune, care îşi îngrijesc cu atenţie puii. În anumite condiţii, o mamă anxioasă îi poate asigura puiului ei protecţia de care acesta are atâta nevoie. În schimb, mamele agresive nu se bucură de niciun avantaj social. Extrem de punitive cu puii lor, ele îi lovesc, îi muşcă şi îi bat adeseori. Chiar dacă aceştia supravieţuiesc, mamele agresive îi împiedică să îşi facă prieteni printre celelalte maimuţe.

În viaţa reală este imposibil să ne dăm seama în ce măsură este comportamentul agresiv sau anxios al unui om rezultatul genelor părinţilor săi sau al educaţiei primite de la o mamă abuzivă (sau ambele). În schimb, într-un laborator este uşor să iei un pui cu gene vulnerabile de la mama lui biologică şi să laşi o mamă afectuoasă să îl crească, astfel încât să se poată juca cu ceilalţi pui.

Maimuţele tinere luate la naştere de la mama lor şi crescute singure împreună cu alţi pui devin extrem de ataşate de aceştia. Ele se cramponează cu disperare de ei şi nu se angrenează într-o explorare şi o joacă sănătoase. Jocurile lor sunt lipsite de complexitate şi de imaginaţie, spre deosebire de maimuţele normale. După ce cresc, aceşti pui devin maimuţe anxioase, care se sperie de situaţiile noi şi sunt lipsite de curiozitate. Indiferent de predispoziţia lor genetică, maimuţele crescute fără mamă reacţionează excesiv chiar şi la cel mai mic stres: nivelul cortizolului lor creşte mult mai mult ca reacţie la un zgomot puternic decât cel al maimuţelor crescute de mama lor. Metabolismul serotoninei lor este încă şi mai anormal decât cel al maimuţelor predispuse genetic către agresivitate, dar care au fost crescute de propria lor mamă. Acest lucru a condus la concluzia că experienţele timpurii au un impact cel puţin la fel de mare asupra biologiei ca şi ereditatea (cel puţin în cazul maimuţelor).

Maimuţele şi oamenii împărtăşesc aceleaşi două variante ale genei serotoninei (cunoscute sub numele de alele scurte şi lungi ale transportorilor serotoninei). În cazul oamenilor, alelele scurte au fost asociate cu impulsivitatea, agresivitatea, căutarea senzaţiilor tari, tentativele de sinucidere şi depresia severă. Suomi a demonstrat că mediul exterior modelează modalitatea prin care aceste gene influenţează comportamentul, cel puţin în cazul maimuţelor. Astfel, maimuţele cu alele scurte care au fost crescute de o mamă adecvată s-au comportat normal şi nu au avut un deficit de serotonină. Cele care

au fost crescute fără mamă au început să își asume riscuri agresive. Într-o manieră similară, cercetătorul Alec Roy din Noua Zeelandă a descoperit că oamenii cu alele scurte au o incidență mai mare a depresiei decât cei cu alele lungi, lucru valabil însă numai dacă au fost abuzați sau neglijați în copilărie. Concluzia este evidentă: copiii care au norocul de a fi crescuți de un părinte atent, care rezonează cu ei nu au tendința de a dezvolta această problemă cu o bază genetică.

Activitatea lui Suomi susține tot ce am învățat noi de la colegii noștri care studiază comportamentul uman și din propriile noastre cercetări clinice: că relațiile timpurii în care copilul se simte în siguranță și protejat sunt absolut critice pentru a-l feri pe acesta de probleme pe termen lung. În plus, chiar și părinții cu vulnerabilități genetice le pot transmite copiilor lor o astfel de protecție, dacă îi susțin.

REȚEAUA NAȚIONALĂ PENTRU STRESUL TRAUMATIC LA COPII

Aproape toate bolile, de la cancer la retinita pigmentată, au grupuri de suport care susțin studiul și tratamentul respectivei boli. Până în anul 2001 însă, când a fost înființată Rețeaua Națională pentru Stresul Traumatic la Copii printr-o lege adoptată de Congres, nu a existat nicio organizație dedicată cercetărilor și tratamentelor pentru copiii traumatizați.

În anul 1998 am primit un telefon de la Adam Cummings de la Fundația Nathan Cummings. Acesta mi-a spus că fundația sa era interesată să studieze efectele traumei asupra procesului de învățare. I-am răspuns că au fost publicate o serie de lucrări foarte bune pe acest subiect, dar nu există niciun forum pentru implementarea descoperirilor deja făcute. Dezvoltarea mentală, biologică sau morală a copiilor traumatizați nu le este predată sistematic asistenților sociali care lucrează cu copii, medicilor pediatri sau studenților din facultățile de psihologie ori de sociologie.

Am căzut de acord cu Adam că trebuia să facem ceva pentru a rezolva această problemă. Opt luni mai târziu, am organizat un *think tank* cu reprezentanți ai Departamentului pentru Sănătate și Servicii Umane și ai Departamentului de Justiție din cadrul guvernului american, consilierul pentru sănătate al Senatorului Ted Kennedy și un grup de colegi de-ai mei, specializați în traume din perioada

copilăriei. Eram cu toții familiarizați cu maniera prin care trauma afectează dezvoltarea creierului și a minții, și știam că traumele din copilărie sunt radical diferite de stresul traumatic care apare la adulți. Grupul a ajuns la concluzia că dacă dorim să aducem problema traumelor din copilărie în prim-planul științei, este necesar să existe o organizație națională care să se preocupe de studiul traumelor din copilărie, dar și de educarea profesorilor, judecătorilor, preoților, părinților adoptivi (sau care iau copii în plasament familial), medicilor, ofițerilor de supraveghere, infirmierilor și profesioniștilor din domeniul sănătății psihice – respectiv toate persoanele care lucrează cu copii abuzați și traumatizați.

Unul din membrii grupului nostru de lucru, Bill Harris, avea o experiență amplă în domeniul legislației referitoare la copii, așa că a început să lucreze cu personalul Senatorului Kennedy pentru a transpune ideile noastre în proiecte de lege. Legea pentru crearea Rețelei Naționale pentru Stresul Traumatic la Copii (NCTSN) a fost adoptată de Senat cu o majoritate copleșitoare, iar începând din anul 2001 rețeaua a crescut de la 17 site-uri la peste 150 de centre în întreaga Americă. Condusă de centrele de coordonare de la Universitățile Duke și UCLA, NCTSN a ajuns să includă diferite universități, spitale, agenții din rețeaua Tribal, programe de reabilitare pentru consumatorii de droguri, clinici de sănătate mintală și școli post-universitare. Fiecare site colaborează la rândul lui cu sistemele locale de învățământ, spitalele, agențiile sociale, căminele pentru persoanele fără adăpost, programele justiției juvenile și adăposturile pentru persoanele afectate de violența domestică, având un total de 8.300 de parteneri afiliați.

După ce NCTSN a devenit operațională, am dispus de mijloacele necesare pentru a crea un profil mai clar al copiilor traumatizați din toate părțile țării. Colegul meu Joseph Spinazzola de la Centrul pentru Traume a realizat un studiu care a examinat fișele a aproape 2.000 de copii și adolescenți din agențiile rețelei. În scurt timp am putut confirma ceea ce am bănuit de la bun început: că marea majoritate a acestor copii proveneau din familii extrem de disfuncționale. Mai mult de jumătate dintre ei au fost abuzați emoțional și/sau au avut un părinte mult prea neputincios pentru a avea grijă de ei. Aproape 50% au avut părinți aflați la închisoare, în diferite programe de tratament sau în serviciul militar, care nu s-au putut ocupa

de ei, fiind crescuți de străini, părinți adoptivi sau rude îndepărtate. Circa jumătate au raportat că au asistat la scene de violență domestică, iar un sfert au fost abuzați sexual și/sau fizic. Cu alte cuvinte, copiii și adolescenții din studiu au fost replici exacte ale pacienților de vârstă mijlocie și din clasa mijlocie studiați de Vincent Felitti de la Kaiser Permanente, care au obținut scoruri ridicate în cadrul studiului Experiențele Adverse din Copilărie (ACE).

PUTEREA DIAGNOSTICULUI

Prin anii 70 nu exista niciun studiu care să clasifice gama largă de simptome ale sutelor de mii de veterani ai Războiului din Vietnam. Așa cum am arătat în primele capitole ale acestei cărți, acest lucru i-a forțat pe clinicieni să improvizeze tratamente pentru pacienții lor, împiedicându-i însă să studieze sistematic ce tratamente funcționau sau nu. Adoptarea diagnosticului SSPT de către manualul DSM III în anul 1980 a condus la studii științifice extinse și la dezvoltarea unor tratamente eficiente, care s-au dovedit a fi relevante nu doar pentru veteranii de război, ci și pentru victimele altor evenimente traumatice, între care violul, agresiunea și accidentele de mașină. Un exemplu ilustrativ al consecințelor unui diagnostic specific este faptul că între anii 2007-2010 Departamentul Apărării a cheltuit peste 2,7 miliarde de dolari pentru tratamentul și studierea SSPT la veteranii de război, și doar în anul fiscal 2009 Departamentul pentru Afacerile Veteranilor a cheltuit 24,5 milioane de dolari pentru cercetări asupra SSPT.

Definiția dată de manualul DSM diagnosticului SSPT este foarte clară: o persoană care a fost expusă unui eveniment oribil „care a implicat moartea sau amenințarea cu moartea ori cu o rănire gravă, sau o altă amenințare la adresa integrității fizice a persoanei sau a altora", care i-a cauzat acesteia „o senzație intensă de teamă, de neajutorare sau de oroare", ce a condus la o gamă largă de manifestări: reexperimentarea agresivă a evenimentului (sub formă de flash-uri, vise urâte și senzația că evenimentul se repetă), evitarea persistentă (a oamenilor, locurilor, gândurilor sau sentimentelor asociate cu trauma, dublată uneori de o amnezie care include părți importante ale acesteia) și amplificarea excitației (insomnie, hipervigilență sau iritabilitate). Această descriere sugerează o poveste foarte clară: persoana

este devastată subit și neașteptat de un eveniment atroce, nemaifiind niciodată aceeași. Chiar dacă trauma propriu-zisă s-a încheiat, ea este reiterată la infinit sub forma reciclării amintirilor și a reorganizării sistemului nervos.

Cât de relevantă era această definiție pentru copiii din clinica noastră? După un incident traumatic singular – cum ar fi o mușcătură de câine, un accident sau asistarea la o scenă de violență cu împușcături la școală – copiii pot dezvolta într-adevăr simptome de SSPT similare celor ale adulților, chiar dacă trăiesc într-un mediu familial stabil și sigur. Dat fiind că dispunem la ora actuală de diagnosticul SSPTT, noi putem trata destul de eficient astfel de probleme.

În cazul copiilor cu probleme care au fost abuzați și neglijați și care se prezintă în clinici, școli, spitale și secțiile de poliție, rădăcinile traumatice ale comportamentului lor sunt mai puțin evidente, îndeosebi pentru că ei nu vorbesc decât rareori despre faptul că au fost loviți, abandonați sau molestați, chiar dacă sunt întrebați direct. 82% dintre copii traumatizați consultați în Rețeaua Națională pentru Stresul Traumatic la Copii nu corespund criteriilor diagnosticului de SSPT. Dat fiind că sunt adeseori închiși în ei, suspicioși sau agresivi, ei primesc la ora actuală diagnostice pseudo-științifice precum „tulburare de tip «fidare-opoziție»", care nu înseamnă altceva decât că „acest copil mă urăște de moarte și nu face nimic din ce îi spun eu", sau „tulburare de comportament emoțional", care înseamnă că face crize de furie. Dat fiind că au atât de multe probleme, acești copii acumulează numeroase diagnostice de-a lungul timpului. Până să ajungă la vârsta de 20 de ani, numeroși pacienți primesc patru, cinci, șase sau mai multe diagnostice impresionante, dar care sunt simple etichete golite de orice conținut. Dacă primesc un tratament (într-un caz fericit), acesta constă în ultima metodă de tratament la modă: medicamente, program de modificare comportamentală sau terapia prin expunere. Acestea dau rareori rezultate, făcând în schimb mai mult rău decât bine.

Pe măsură ce NCTSN a început să trateze din ce în ce mai mulți copii, a devenit din ce în ce mai evident că avem nevoie de un diagnostic care să corespundă realității experienței lor. Am început cu o bază de date referitoare la aproape 20.000 de copii tratați în diferite locații ale rețelei și am colectat toate articolele științifice pe care le-am putut găsi în privința copiilor abuzați și neglijați. În final, am selectat dintre acestea 130 de studii deosebit de relevante, care au

analizat peste 100.000 de copii și adolescenți din întreaga lume. Un grup de lucru alcătuit din 12 clinicieni și cercetători specializați în traumele copilăriei s-a reunit de două ori pe an timp de patru ani la rând pentru a redacta o propunere pentru un diagnostic corespunzător, pe care am decis să îl numim „Tulburare traumatică în procesul de dezvoltare (DTD)".

Pe măsură ce ne-am organizat datele, am descoperit existența unui profil consistent: 1) un tipar constant al dereglărilor; 2) probleme de atenție și de concentrare, și 3) dificultăți în acceptarea de sine, dar și a celorlalți oameni. Stările și sentimentele copiilor oscilau rapid de la o extremă la cealaltă, de la crize de furie și panică la detașare, indiferență și disociere. Când erau supărați (lucru care se întâmpla aproape tot timpul), ei nu se puteau calma cu niciun preț și nu puteau descrie ceea ce simțeau.

Un sistem biologic care pompează în neștire hormoni ai stresului pentru a face față unor amenințări reale sau imaginare conduce automat la probleme de sănătate fizică: tulburări ale somnului, dureri de cap, dureri inexplicabile, sensibilitate excesivă la atingeri și la sunete. Starea de agitație și închiderea în sine îi împiedică pe acești copii să își focalizeze atenția și să se concentreze. Pentru a scăpa de tensiuni, ei se angrenează într-o masturbare cronică, se leagănă sau își fac singuri rău (se mușcă, se taie, se ard și se lovesc singuri, se trag de păr sau se ciupesc până când le dă sângele). Dat fiind că își cheltuiesc întreaga energie încercând să își păstreze controlul, ei nu mai reușesc să fie atenți la altceva, cum ar fi temele pentru școală, care nu sunt relevante direct pentru supraviețuirea lor, iar starea lor de hiper-excitație îi face ușor de distras.

Faptul că au fost ignorați sau abandonați frecvent îi face să devină dependenți de ceilalți și să se agațe de ei, inclusiv de adulții care i-au abuzat. Dat fiind că au fost bătuți cronic, molestați sau tratați necorespunzător în alte feluri, ei ajung să se considere defecți și complet nevrednici. Orice ar face, se disprețuiesc și consideră că nu merită să se bucure de nimic în viață. În aceste condiții, nu este de mirare că nu au încredere în absolut nimeni. În sfârșit, din cauză că se simt demni de dispreț și reacționează excesiv la cea mai mică frustrare, ei își fac foarte greu prieteni.

După ce am făcut toate aceste descoperiri, am început să publicăm primele articole, am creat o scală validată de evaluare și am

colectat date referitoare la circa 350 de copii și părinții lor (inclusiv adoptivi), pentru a ne convinge astfel că diagnosticul nostru – Tulburare traumatică în procesul de dezvoltare – surprinde întreaga gamă a problemelor pe care le au acești copii. Această metodologie ne-a permis să le punem copiilor un diagnostic singular, în locul etichetelor multiple de până acum, localizând ferm originea problemelor lor într-o combinație de traume și atașament compromis.

În luna februarie a anului 2009 am prezentat propunerea noastră Asociației Psihiatrilor Americani pentru noul diagnostic al Tulburării traumatice în procesul de dezvoltare, declarând următoarele în scrisoarea de prezentare:

> Copiii care se dezvoltă într-un context caracterizat printr-un pericol continuu, proaste tratamente și un sistem de îngrijire dezechilibrat sunt deserviți necorespunzător de sistemele curente de diagnosticare, care pun accentul pe controlul comportamentului, fără a recunoaște însă trauma interpersonală. Studiile referitoare la sechelele traumelor din copilărie în contextul abuzului sau neglijării de către adulții care îngrijesc copilul demonstrează existența unor probleme cronice și severe legate de reglarea emoțională, controlul impulsurilor, atenție și funcție cognitivă, disociere, relații interpersonale și viziunea de sine și relațională. În absența unui diagnostic orientat către traumă, acești copii sunt diagnosticați la ora actuală cu o medie de 3-8 afecțiuni comorbide. Practica aplicării unor diagnostice comorbide distincte copiilor traumatizați are consecințe grave: ea sfidează decența, ocultează claritatea etiologică și prezintă pericolul reducerii tratamentului și intervenției la un aspect minor al psihopatologiei copilului, fără să susțină o abordare cuprinzătoare a tratamentului.

La scurt timp după ce ne-am prezentat propunerea, am ținut o prelegere despre Tulburarea traumatică în procesul de dezvoltare la o întrunire a delegaților din domeniul sănătății psihice din întreaga țară, organizată la Washington. Delegații s-au oferit să sprijine inițiativa noastră prin trimiterea unei scrisori adresate APA. Scrisoarea a început

prin a declara că Asociația Națională a Directorilor Programului de Stat pentru Sănătate Psihică deservește anual 6,1 milioane de oameni, având un buget de 29,5 miliarde de dolari, și s-a încheiat cu următorul pasaj: „Invităm APA să adauge trauma în procesul de dezvoltare pe lista domeniilor prioritare pentru a clarifica și caracteriza mai bine secvelele clinice specifice și pentru a sublinia nevoia intensă de a trata trauma în procesul de dezvoltare atunci când pacienții sunt evaluați."

Am avut încredere că această scrisoare va determina APA să ia în serios propunerea noastră, dar câteva luni mai târziu, Matthew Friedman, directorul executiv al Centrului Național pentru SSPT și președintele subcomitetului DSM, ne-a informat că era puțin probabil ca DTD să fie inclus în DSM-5. Consensul era – ne-a scris el – că nu era necesar un nou diagnostic pentru a umple o „nișă minoră în procesul diagnosticării". Un milion de copii abuzați și neglijați anual în Statele Unite reprezintă o „nișă minoră"!?

Scrisoarea continua astfel: „Ideea că experiențele adverse din primii ani ai copilăriei conduc la perturbări substanțiale ale procesului de dezvoltare este mai degrabă o intuiție clinică decât o realitate științifică bazată pe dovezi. Această afirmație este repetată adesea ori, dar nu este susținută de studii prospective." Dimpotrivă, noi am inclus mai multe studii prospective în propunerea noastră. Haide să analizăm două dintre ele chiar acum.

CUM MODELEAZĂ RELAȚIILE PROCESUL DE DEZVOLTARE

Începând din anul 1975 și în următorii 30 de ani, Alan Sroufe și colegii săi au urmărit 180 de copii și familiile lor în cadrul Studiului Longitudinal Minnesota „Risc și adaptare". În perioada în care a început studiul exista o dezbatere intensă referitoare la rolul naturii versus cel al afecțiunii, respectiv cel al temperamentului versus cel al mediului asupra dezvoltării umane. În consecință, acest studiu și-a propus să obțină răspunsuri. La acea vreme trauma nu era încă un subiect popular, așa că studiul nu s-a focalizat asupra abuzului și neglijării copiilor, cel puțin nu într-o fază inițială, până când acestea s-au dovedit a fi cei mai importanți factori predictivi ai funcționării copiilor ajunși în stadiul de adult.

Colaborând cu agențiile medicale și sociale locale, cercetătorii au recrutat mai multe mame de rasă albă cu un singur copil, suficient

de sărace pentru a se califica pentru asistență socială, dar cu backgrounduri, tipuri și nivele de suport diferite pentru a-și crește copilul. Studiul a început cu trei luni înainte de nașterea copiilor și i-a urmărit pe aceștia timp de 30 de ani, până când au devenit adulți, evaluând și, acolo unde era relevant, măsurând toate aspectele majore ale funcționării lor și toate circumstanțele semnificative ale vieții lor. Cercetătorii au pornit de la mai multe întrebări fundamentale: cum învață copiii să fie atenți, să își regleze nivelul de excitație (evitând extremele) și să își țină impulsurile sub control? De ce tipuri de suport au ei nevoie și când?

După interviuri și teste extinse ale părinților prospectivi, cercetătorii i-au observat pe nou-născuți și au intervievat infirmierele care îi îngrijeau. În continuare, ei au făcut vizite la domiciliu, la șapte și la zece zile după naștere. Până la începerea primului an de școală, copiii și părinții lor au fost evaluați cu atenție de 15 ori (în total). Ulterior, copiii au fost intervievați și testați la intervale regulate de timp până la vârsta de 28 de ani. Au fost prelevate de asemenea informații de la mamele și de la profesorii lor.

Sroufe și colegii săi au descoperit că factorii biologici și calitatea îngrijirii sunt foarte strâns legate. Este fascinant cât de bine au imitat rezultatele studiului Minnesota (deși infinit mai complexe) ceea ce a descoperit Stephen Suomi la maimuțele din laboratorul său. Niciun factor nu s-a dovedit a fi absolut imuabil. Nici personalitatea mamei, nici anomaliile neurologice la naștere ale copilului, nici coeficientul său de inteligență și nici temperamentul său – inclusiv nivelul său de activitate și reacție la stres – nu au putut prezice dacă un copil va dezvolta probleme behavioriste grave în adolescență. Principalul factor de influență s-a dovedit a fi natura relației părinte-copil: ceea ce simțeau părinții și cum interacționau ei cu copiii lor. La fel ca maimuțele lui Suomi, combinația dintre un bebeluș vulnerabil și un părinte inflexibil a condus automat la un copil dependent și anxios. Comportamentul insensibil, forțat și invaziv al părinților atunci când copilul avea șase luni a prezis probleme legate de hiperactivitate și un deficit al atenției copilului la grădiniță și la școală.

Focalizându-se asupra numeroaselor fațete ale procesului de dezvoltare și îndeosebi asupra relației cu părinții, profesorii și colegii, Sroufe și colegii săi au descoperit că părinții pot nu doar să mențină nivelul de excitație al copilului lor în limite rezonabile,

dar îl pot inclusiv ajuta pe acesta (în primele luni de viață) să își regleze singur acest nivel. Copiii forțați în mod regulat să trăiască stări de superexcitație și dezorganizare nu au reușit să își dezvolte o capacitate corectă de a-și corecta sistemul cerebral inhibitor și cel excitant, fiind gata să își piardă oricând controlul mai târziu, ori de câte ori li se întâmplă ceva deranjant. Populația analizată era una prin excelență vulnerabilă, așa că în ultimii ani ai adolescenței jumătate din copii aveau deja probleme de sănătate psihică diagnosticabile. Tiparele vizibile erau clare: copiii care au fost îngrijiți cu afecțiune au devenit copii cu o capacitate bună de autoreglare, în timp ce cei care au fost îngrijiți haotic au devenit stresați cronic din punct de vedere fiziologic. Copiii părinților imprevizibili tânjeau după atenție și deveneau frustrați în fața celor mai mici neajunsuri. Starea lor permanentă de excitație îi făcea să fie cronic anxioși. Căutarea constantă a consolării îi împiedica să se joace și să exploreze. În consecință, ei au devenit cronic nervoși și lipsiți de orice spirit de aventură după ce au crescut.

Neglijarea sau tratamentul dur în primii ani de viață au condus la probleme de comportament la școală și la necazuri previzibile cu colegii, inclusiv la o lipsă de empatie față de problemele altora. Acest lucru a dus la un cerc vicios: starea lor de excitație cronică, dublată de absența mângâierii parentale, i-a făcut pe aceștia copii rebeli, agresivi și gata oricând să își manifeste opoziția. Copiii de acest fel nu sunt populari, fiind respinși și pedepsiți în continuare, nu doar de părinți, ci și de profesori și de colegi.

Sroufe a descoperit de asemenea foarte multe lucruri interesante despre rezistență, respectiv despre capacitatea de a-și reveni în urma unei adversități. De departe cel mai important factor predictiv al capacității de a face față dezamăgirilor inevitabile ale vieții s-a dovedit a fi nivelul de siguranță stabilit în relația cu părintele principal în primii doi ani de viață. Sroufe mi-a spus informal că după părerea lui, rezistența în anii de adult poate fi prezisă de gradul de afecțiune al mamei față de copilul ei la vârsta de doi ani.

EFECTELE PE TERMEN LUNG ALE INCESTULUI

În anul 1986, Frank Putnam și Penelope Trickett, colegi ai săi de la Institutul pentru Sănătate Mintală, au inițiat primul studiu

longitudinal al impactului abuzului sexual asupra dezvoltării femeii. Până la obținerea rezultatelor, tot ce se știa despre efectele incestului era bazat în totalitate pe rapoartele copiilor care și-au dezvăluit recentul abuz și pe relatările adulților care au povestit ani (sau chiar decenii) mai târziu în ce fel i-a afectat incestul. Niciun studiu nu a urmărit vreodată fetele abuzate sexual până la maturitate, pentru a vedea în ce fel le-a influențat abuzul performanțele școlare, relațiile cu colegii și identitatea de sine, precum și viața amoroasă de mai târziu. Putnam și Trickett au urmărit inclusiv schimbările produse în timp asupra nivelului hormonal, hormonilor reproducători, funcției imune și altor indicatori fiziologici ai subiecților lor. În plus, ei au explorat factorii protectori potențiali, precum inteligența și suportul primit de la familie și de la prieteni.

Cercetătorii au recrutat (cu mare greutate) 84 de fete la recomandarea Departamentului pentru Servicii Sociale al Districtului Columbia, care aveau o istorie confirmată de abuz sexual comis de un membru de familie. Pentru comparație, au fost alese alte 84 de fete de aceeași vârstă, rasă, cu același statut socioeconomic și cu același tip de familie, dar care nu au fost abuzate. Vârsta medie de la care s-a pornit a fost de 11 ani. În următorii 20 de ani, cele două grupuri au fost evaluate extrem de detaliat de șase ori, o dată pe an în primii trei ani și încă o dată la vârsta de 18, 19 și 25 de ani. Mamele fetelor au participat la primele evaluări, iar copiii lor la ultima. Nu mai puțin de 96% dintre fete (între timp devenite femei) au rămas în cadrul studiului până la sfârșitul acestuia.

Rezultatele au fost clare: prin comparație cu fetele de aceeași vârstă, rasă și circumstanțe sociale, cele abuzate sexual au suferit de o gamă largă de efecte negative profunde, inclusiv de un deficit cognitiv, depresie, simptome disociative, dezvoltare sexuală perturbată, o incidență foarte înaltă a obezității și automutilare. Ele au abandonat liceul într-o măsură mai mare decât fetele din grupul de control și au suferit de mai multe boli majore, consumând astfel mai multe resurse ale sistemului de îngrijire a sănătății. Au prezentat anormalități la nivelul reacțiilor hormonilor stresului, au trecut mai rapid la pubertate și au acumulat o gamă largă de diagnostice psihiatrice diferite, aparent fără legătură unele cu celelalte.

Studiul a scos la iveală numeroase detalii referitoare la maniera în care abuzul afectează procesul de dezvoltare. Spre exemplu, la fiecare

evaluare fetele din ambele grupuri au fost întrebate care a fost cel mai rău lucru care li s-a întâmplat în anul precedent. În timp ce își spuneau poveștile, cercetătorii observau cât de supărate deveneau și le măsurau indicatorii fiziologici. În timpul primei evaluări, toate fetele au reacționat devenind extrem de agitate. Trei ani mai târziu, ca reacție la aceeași întrebare, fetele neabuzate au prezentat din nou semne de agitație, dar cele abuzate s-au închis în sine și au devenit complet indiferente. Biologia lor a corespuns reacțiilor observate: în timpul primei evaluări, toate fetele au prezentat o creștere a cortizolului din sânge (un hormon al stresului); trei ani mai târziu, nivelul cortizolului a scăzut la fetele abuzate în timp ce acestea își descriau cel mai stresant eveniment din anul care a trecut. În timp, corpul se adaptează la trauma cronică. Una din consecințele amorțirii emoționale este aceea că profesorii, prietenii și ceilalți oameni nu mai observă faptul că fata respectivă este supărată. De multe ori, nici chiar aceasta nu este conștientă de ceea ce i se întâmplă. Prin amorțeala sa, ea nu mai reacționează la o adversitate așa cum ar trebui, de pildă printr-o acțiune protectoare.

Studiul lui Putnam a descris inclusiv efectul pe termen lung al efectelor incestului asupra relațiilor de prietenie și de cuplu. Înainte de apariția pubertății, fetele neabuzate au avut de regulă mai multe prietene, precum și un băiat care funcționa ca un fel de spion care le informa în privința acestor creaturi ciudate – băieții. După ce au intrat în adolescență, contactele lor cu băieții au crescut gradual. La antipod, fetele abuzate nu au avut decât rareori prieteni (băieți sau fete) înainte de pubertate. În adolescență, ele au început să aibă contacte haotice și adeseori traumatizante cu băieții.

Lipsa prietenilor în școala elementară reprezintă o mare diferență. La ora actuală se știe cât de crude pot fi fetele de clasa a treia, a patra și a cincea. Această vârstă este complexă și tumultuoasă, când prietenele se pot asmuți brusc una asupra celeilalte, iar alianțele se pot dizolva peste noapte, transformându-se în excluderi și în trădări. Există însă și un avantaj: atunci când intră în ciclul gimnazial, multe dintre fete încep să stăpânească un întreg set de talente sociale, inclusiv capacitatea de a identifica ceea ce simt, de a-și negocia relațiile cu ceilalți, de a pretinde că simpatizează persoane pe care nu le plac și așa mai departe. Multe dintre ele își construiesc o rețea de suport alcătuite din alte fete care le ajută să

își gestioneze mai bine perioadele de stres. Pe măsură ce pătrund încetul cu încetul în lumea sexului și a întâlnirilor amoroase, aceste relații fac loc reflecției, bârfelor și discuțiilor despre sensul și semnificația sexului.

Fetele abuzate sexual evoluează pe o cale complet diferită. Ele nu își fac prieteni de niciun fel, întrucât nu au încredere în nimeni. Se detestă pe sine, iar biologia lor nu le ajută cu nimic, făcându-le fie să reacționeze excesiv, fie să devină complet amorțite. Nu sunt capabile să facă față jocurilor normale de incluziune/excluziune (la baza cărora stă invidia), ai căror jucători trebuie să își păstreze calmul în condiții de stres. De regulă, ceilalți copii nu doresc să aibă ceva de-a face cu ele, considerându-le pur și simplu niște ciudate.

Acesta este însă doar începutul adevăratelor necazuri. Fetele abuzate și izolate cu o istorie de incest se maturizează sexual cu un an și jumătate înaintea celor neabuzate. Abuzul sexual le accelerează ceasul biologic și secreția hormonilor sexuali. La începutul pubertății, fetele abuzate au avut un nivel de testosteron și androstenedion de 3-5 ori mai mare decât fetele din grupul de control (este vorba de hormonii care alimentează dorința sexuală).

Rezultatele studiului lui Putnam și Trickett continuă să fie publicate, dar au creat deja o hartă neprețuită pentru clinicienii care lucrează cu fete abuzate sexual. Spre exemplu, unul din clinicienii noștri de la Centrul pentru Traume a raportat într-o dimineață a zilei de luni că o pacientă pe nume Ayesha a fost violată a doua oară în timpul weekendului. Ea a plecat de la ședința de grup sâmbătă la ora 5:00 după-amiază, s-a dus într-un loc din Boston frecventat de drogați, a fumat niște marijuana și a consumat alte droguri, după care a plecat într-o mașină cu mai mulți băieți. Duminică dimineața la ora 5:00 aceștia au violat-o în grup. La fel ca atâția alți adolescenți, Ayesha nu își poate articula dorințele și nevoile, și nu-i trece prin minte că s-ar putea proteja singură. Ea trăiește pur și simplu într-o lume a acțiunilor. Încercarea de a-i explica atitudinea și comportamentul din perspectiva victimei/abuzatorului nu ajută la nimic, la fel cum nu ajută etichetele de gen „depresie", „tulburare de tip opoziție-sfidare", „ciclotimie", „tulburare afectivă bipolară" sau orice alte opțiuni pe care ni le oferă manualele noastre de diagnosticare. Studiul lui Putnam ne-a ajutat să înțelegem mai bine cum experimentează lumea fetele ca Ayesha, de ce nu ne pot spune

ce se întâmplă cu ele, de ce sunt atât de impulsive și de incapabile să se protejeze singure, și de ce ne consideră niște oameni invazivi și înspăimântători, nu niște aliați care le pot ajuta.

DSM-V: UN VERITABIL „BUFET SUEDEZ" DE „DIAGNOSTICE"

Când DSM-V a fost publicat în luna mai a anului 2013, el a inclus circa 300 de afecțiuni în cele 945 de pagini ale sale. Manualul prezintă un veritabil „bufet suedez" de etichete posibile pentru problemele asociate cu traumele severe din primii ani de viață, inclusiv unele noi, cum ar fi Tulburarea de dereglare a dispoziției, Automutilarea, Ciclotimia, Tulburarea de control al impulsurilor explozive, Tulburarea de implicare socială.

Înainte de sfârșitul secolului XIX, doctorii au clasificat bolile în funcție de manifestările lor de suprafață, cum ar fi febra și pustulele, lucru destul de rezonabil dacă ținem seama că nu dispuneau de alte informații. Această stare de lucruri s-a schimbat atunci când oamenii de știință precum Louis Pasteur și Robert Koch au descoperit că numeroase boli sunt cauzate de bacterii invizibile pentru ochiul liber. Medicina s-a transformat astfel prin încercările de a descoperi modalități de eliminare a acestor microorganisme, și nu prin tratarea febrei și pustulelor cauzate de ele. Din păcate, odată cu DSM-V, psihiatria a regresat din nou la nivelul practicii medicale de la începutul secolului XIX. Deși la ora actuală este cunoscută originea multora din problemele pe care le identifică manualul, „diagnosticele" sale nu fac decât să descrie fenomenele de suprafață, ignorând complet cauzele lor profunde.

Chiar înainte de publicarea DSM-V, *American Journal of Psychiatry* a publicat rezultatele testelor de validitate ale unor diagnostice noi, care au indicat faptul că manualului DSM îi lipsește ceea ce se numește „soliditate" în lumea științei: capacitatea de a produce rezultate consistente ce pot fi replicate. Cu alte cuvinte, manualul este lipsit de validitate științifică. În mod paradoxal, lipsa de soliditate și de validitate nu a împiedicat DSM-V să fie publicat la timp (înainte de expirarea termenului limită), în pofida consensului aproape universal al specialiștilor care consideră că el nu îmbunătățește cu nimic sistemul anterior de diagnosticare. Care motivul pentru care dispunem de

acest nou sistem de diagnosticare să fie faptul că APA[11] a câștigat 100 de milioane de dolari pe seama DSM-IV, așteptându-se să câștige o sumă similară pe seama noului manual (dat fiind că toți practicanții din domeniul sănătății mintale, numeroși avocați și alți profesioniști vor fi nevoiți să cumpere ultima ediție a manualului)?

Soliditatea diagnosticului nu este o chestiune abstractă: dacă medicii nu pot cădea de acord asupra cauzelor pentru care pacienții lor suferă, ei nu le pot oferi acestora un tratament adecvat. Dacă nu există nicio relație între un diagnostic și tratamentul oferit de medic, pacientul etichetat greșit va primi un tratament greșit. Nu cred că ți-ai dori extirparea apendicelui dacă suferi de pietre la rinichi. Într-o manieră similară, nu este de dorit ca cineva să fie etichetat drept „opozițional" în condițiile în care la baza comportamentului său stă încercarea de a se proteja de un pericol real.

Într-o declarație publicată în iunie 2011, Societatea Psihologică Britanică s-a plâns organizației APA că sursele de suferință psihică din DSM-V au fost identificate ca fiind „localizate în interiorul individului", ignorându-se în schimb „cauzele sociale incontestabile ale multor astfel de probleme". La toate acestea s-a adăugat și o veritabilă avalanșă de proteste din partea profesioniștilor americani, inclusiv a liderilor Asociației Psihologice Americane și ai Asociației de Psihoterapie Americane. De ce sunt ignorate relațiile și condițiile sociale? Dacă te focalizezi exclusiv asupra biologiei dezechilibrate și a genelor defecte, considerându-le singurele cauze ale problemelor mintale și ignorând în schimb abandonul, abuzul și privațiunile, nu poți decât să ajungi într-o fundătură, așa cum s-a întâmplat cu generațiile anterioare, care au aruncat întreaga vină asupra mamelor inadecvate.

Cea mai izbitoare respingere a DSM-V a venit din partea Institutului Național pentru Sănătate Mintală, care finanțează cele mai multe studii psihiatrice din America. În aprilie 2013, cu câteva săptămâni înainte de publicarea formală a DSM-V, directorul NIMH, Thomas Insel, a anunțat că agenția sa nu mai susține „diagnosticele bazate pe simptome" din DSM și că institutul urmează să își focalizeze finanțarea asupra așa-numitelor Criterii ale Domeniilor de Cercetare (RDoC), creând astfel un cadru pentru studii care să acopere mai multe categorii curente de diagnosticare. Spre exemplu,

[11] Asociația Psihiatrilor Americani (n. a.)

unul din domeniile NIMH este „Sisteme de Excitație/Modulatorii (Excitație, Ritm Circadian, Somn și Veghe)", care sunt perturbate în diferite grade la numeroși pacienți.

La fel ca DSM-V, cadrul RDoC conceptualizează bolile mintale exclusiv ca tulburări ale creierului, ceea ce înseamnă că finanțările pentru studii viitoare vor explora circuitele cerebrale „și alți indicatori neurobiologici" care stau la baza problemelor psihice. Insel consideră că acesta este un prim pas către un fel de „medicină a preciziei, similară celei care a transformat diagnosticarea și tratamentul cancerului". Pe de altă parte, bolile mintale nu seamănă deloc cu cancerul. Oamenii sunt animale sociale, iar problemele psihice presupun incapacitatea de a te înțelege cu alți oameni, de a te integra în plan social, de a aparține unui grup și în general de a te pune la unison cu alți oameni.

Creierul, mintea și corpul nostru sunt setate pentru colaborare în cadrul sistemelor sociale. Aceasta este cea mai puternică strategie umană de supraviețuire, cheia succesului nostru ca specie, și exact ea este perturbată în cazul celor mai multe tipuri de suferință mintală. Așa cum am văzut în partea a doua a cărții, conexiunile neuronale din interiorul creierului și corpului au o importanță vitală pentru înțelegerea suferinței umane, dar este important să nu ignorăm nici fundamentele umanității noastre: relațiile și interacțiunile care ne modelează mintea și creierul atunci când suntem mici, și care conferă substanță și semnificație întregii noastre vieți.

Oamenii care au o istorie marcată de abuz, neglijare sau privațiuni severe vor continua să rămână un mister imposibil de tratat atât timp cât nu vom asculta recomandarea lui Alan Sroufe: „Pentru a înțelege plenar cum devenim cei care suntem – evoluția complexă, pas cu pas, a orientărilor, capacităților și comportamentului nostru de-a lungul timpului – noi avem nevoie de ceva mai mult decât de o simplă listă cu ingrediente, oricât de importante ar părea acestea. În acest scop, este necesar să înțelegem procesul de dezvoltare, maniera în care toți acești factori cooperează încontinuu."

Foarte mulți practicanți din domeniul sănătății mintale, mulți dintre ei copleșiți și prost plătiți, par să fie de acord cu perspectiva noastră. La scurt timp după ce APA a respins includerea Tulburării traumatice în procesul de dezvoltare în manualul DSM, mii de clinicieni din întreaga țară au trimis mici contribuții Centrului pentru Traume, pentru a ne ajuta astfel să realizăm un studiu științific masiv,

continuându-ne astfel cercetările legate de TTDP. Acest sprijin ne-a permis să intervievăm în ultimii ani sute de copii, părinți (inclusiv adoptivi) și terapeuți din domeniul sănătății mintale, la cinci locații diferite ale rețelei noastre, cu ajutorul unor instrumente de intervievare științific construite. Primele rezultate ale acestor studii au fost deja publicate, și altele vor continua să apară până la publicarea cărții de față.

CE DIFERENȚĂ AR PRODUCE TTPD?

Un răspuns ar fi acela că el ar permite focalizarea cercetărilor și tratamentului (ca să nu mai vorbim de finanțări) asupra principiilor centrale care stau la baza simptomelor versatile ale copiilor și adulților traumatizați cronic: dereglările biologice și emoționale persistente, atașamentele eșuate sau perturbate, problemele de concentrare și simțul profund deficitar al identității și competenței personale coerente. Aceste probleme transcend și includ aproape toate categoriile de diagnosticare, dar tratamentele care nu se centrează asupra lor riscă să nu dea rezultate. Marea noastră provocare constă în a aplica lecțiile neuroplasticității (flexibilitatea circuitelor cerebrale) pentru resetarea creierului și reorganizarea minții persoanelor programate de viață să îi experimenteze pe ceilalți ca pe niște amenințări, iar pe ei înșiși ca pe niște persoane neajutorate.

Suportul social este o necesitate biologică, nu o opțiune, iar această realitate ar trebui să fie coloana vertebrală a tuturor metodelor de prevenire și tratament. Recunoașterea efectelor profunde ale traumelor și privațiunilor asupra procesului de dezvoltare a copilului nu trebuie să ne conducă la blamarea părinților. Noi putem porni de la premisa că aceștia fac ce știu ei mai bine, dar toți părinții au nevoie de ajutor pentru creșterea copiilor lor. Aproape toate națiunile industrializate, cu excepția Statelor Unite, recunosc acest lucru și le asigură familiilor o formă sau alta de suport garantat. James Heckman, laureatul Premiului Nobel pentru Economie din anul 2000, a demonstrat că programele de calitate pentru părinți și copiii aflați în primii ani ai vieții, care încurajează diferite calități de bază la copiii dezavantajați, sunt rambursate practic de la sine prin rezultatele îmbunătățite obținute.

La începutul anilor 70, psihologul David Olds lucra la o grădiniță din Baltimore în care foarte mulți preșcolari proveneau din

cămine distruse de sărăcie, violență domestică și consum de droguri. Conștient că simpla corectare a problemelor copiilor la școală nu era suficientă pentru a le îmbunătăți condițiile de acasă, el a inițiat un program de vizite la domiciliu în care mai multe infirmiere calificate le ajutau pe mame să le asigure copiilor un mediu sigur și stimulativ, proces în decursul căruia își puteau inclusiv imagina un viitor mai bun pentru ele. 20 de ani mai târziu, copiii acestor mame nu numai că s-au dovedit a fi mai sănătoși, dar au fost inclusiv mai puțin abuzați sau neglijați decât copiii unui grup similar de mame care nu au fost vizitate la domiciliu. De asemenea, un număr mai mare dintre ei au terminat școala, au scăpat de închisoare și au început să lucreze în slujbe mai bine plătite. Economiștii au calculat că fiecare dolar investit într-un program de vizite la domiciliu de bună calitate, în îngrijirea copiilor în grădinițe și în diferite programe pentru preșcolari produce șapte dolari sub formă de economii la plata șomajului, la costurile cu îngrijirea sănătății, la tratamentul abuzului de substanțe și la încarcerare, la care se adaugă veniturile mai mari din taxe și impozite generate de slujbele mai bine plătite.

Ori de câte ori mă duc în Europa pentru a preda, sunt contactat adeseori de diferiți oficiali ai Ministerelor Sănătății din țările scandinave, Marea Britanie, Germania și Olanda. Aceștia mă roagă să îmi petrec o după-amiază cu ei pentru a le împărtăși ultimele cercetări din domeniul tratamentului copiilor și adolescenților traumatizați, precum și al familiilor lor. Același lucru li se întâmplă și foarte multor colegi de-ai mei. Aceste țări și-au propus deja să instituie un sistem universal de îngrijire medicală, să le asigure locuitorilor lor un salariu minim garantat, să le plătească ambilor părinți un concediu de paternitate după nașterea unui copil și să furnizeze servicii de calitate pentru îngrijirea copiilor mamelor care lucrează.

Nu este deloc exclus ca această abordare a sistemului îngrijirii sănătății publice să fie legată de faptul că rata încarcerării în Norvegia este de numai 71 la suta de mii, iar în Olanda de 81 la suta de mii, în timp ce în Statele Unite este de 781 la suta de mii, în condițiile în care rata criminalității în aceste țări este mult mai redusă decât în țara noastră, iar costul îngrijirilor medicale este redus la jumătate. 70% dintre prizonierii din California au fost crescuți în sistemul de plasament familial. Statele Unite cheltuiesc 84 de miliarde de dolari anual pentru a încarcera oameni cu un cost aproximativ de 44.000 de

dolari per prizonier. Țările din Europa de Nord nu cheltuiesc decât un procent infim din această sumă, preferând să își investească banii în ajutarea părinților să își crească copiii într-un mediu sigur și previzibil. Rezultatele la testele academice și rata criminalității din aceste țări reflectă la rândul lor succesul acestor investiții.

PARTEA A PATRA:

AMPRENTA TRAUMEI

Capitolul 11

REVELAREA SECRETELOR: PROBLEMA MEMORIEI TRAUMATICE

Este ciudat că toate amintirile au în comun aceste două calităţi: ele sunt întotdeauna pline de linişte – aceasta este cel mai izbitor lucru legat de ele, şi chiar dacă lucrurile nu se mai petrec exact ca în realitate, ele par totuşi să o facă. Sunt aparenţi fără sunet, care îmi vorbesc prin imagini şi gesturi, fără cuvinte şi tăcute – iar tăcerea lor este exact lucrul care mă tulbură cel mai tare.

— Erich Maria Remarque, *Nimic nou pe Frontul de Vest*

În primăvara anului 2002 am fost rugat să examinez un tânăr care pretindea că a fost abuzat sexual în copilărie de către Paul Shanley, un preot catolic a cărui fostă parohie se afla în Newton, Massachusetts. Acum în vârstă de 25 de ani, tânărul părea să fi uitat de molestare până de curând, când a auzit că preotul era investigat din cauza acuzaţiei de molestare a mai multor băieţi. Întrebarea care mi s-a pus era: dat fiind că – din câte se părea – tânărul şi-a „reprimat" abuzul timp de peste un deceniu după încheierea acestuia, mai erau credibile amintirile sale, şi eram eu dispus să depun mărturie în această direcţie în faţa unui judecător?

Îţi voi relata în continuare ce mi-a povestit acest tânăr, pe care îl voi numi aici Julian, pornind de la notele mele. (Deşi numele tânărului apare în dosarele publice, prefer să folosesc un pseudonim întrucât sper că şi-a redobândit intimitatea şi pacea odată cu trecerea timpului.)

Experienţele lui Julian ilustrează complexitatea memoriei traumatice. Controversele legate de Părintele Shanley sunt specifice pentru dezbaterea aprinsă referitoare la această problemă încă de

când psihiatrii au descris pentru prima dată natura amintirilor traumatice, în ultimele decenii ale secolului XIX.

INUNDAT DE SENZAȚII ȘI DE IMAGINI

În data de 11 februarie 2001, Julian făcea parte din poliția militară a unei baze aeriene. În timpul unei conversații telefonice cu iubita sa, Rachel, aceasta i-a menționat un articol de prima pagină pe care îl citise în dimineața aceea în ziarul *Boston Globe*. Potrivit acestuia, un preot pe nume Shanley era suspectat că a molestat mai mulți copii. Rachel și-a adus aminte că Julian i-a povestit odată de Părintele Shanley, preotul parohiei sale din Newton. „Ție ți-a făcut vreodată ceva?", l-a întrebat ea. Inițial, Julian și l-a amintit pe Părintele Shanley ca pe un om bun, care l-a sprijinit foarte mult după divorțul părinților săi. Pe măsură ce conversația a continuat, el a început însă să intre în panică. A văzut dintr-odată silueta Părintelui Shanley în pragul ușii, cu brațele întinse într-un unghi de 45 de grade, privindu-l pe Julian în timp ce acesta urina. Copleșit de emoție, el i-a spus lui Rachel: „Trebuie să închid." L-a chemat apoi pe șeful de zbor, care a venit însoțit de un sergent. După ce a discutat cu cei doi, aceștia l-au condus la capelanul bazei. Julian își amintește că i-ar fi spus „Știi ce se întâmplă în Boston? Și mie mi s-a întâmplat acest lucru." Când s-a auzit rostind aceste cuvinte, el a știut dintr-odată cu totală certitudinea că Shalney l-a molestat, chiar dacă nu își mai amintea detaliile. Julian s-a simțit extrem de stânjenit din cauza izbucnirii sale emoționale. La urma urmelor, a fost dintotdeauna un copil puternic, care știa să își țină gura.

În acea noapte, el a stat ghemuit pe marginea patului, convins că își pierde mințile și speriat că va fi internat la nebuni. În săptămânile următoare mintea sa a fost invadată de imagini, iar Julian s-a temut că se va prăbuși complet din punct de vedere psihic. El s-a gândit chiar să ia un cuțit și să și-l înfigă în picior, pentru a pune capăt șirului de imagini. În continuare, atacurile de panică au început să fie însoțite de convulsii, pe care el le considera „epileptice". Julian și-a zgâriat corpul până când i-a dat sângele. Se simțea în permanență înfrigurat, transpirat și agitat. Între atacurile de panică „se simțea ca un zombi". Se observa de la distanță, ca și cum ceea ce experimenta i s-ar fi întâmplat altcuiva.

În luna aprilie, i s-a desfăcut contractul de muncă din motive administrative, cu doar zece zile înainte de a fi eligibil pentru pachetul complet de beneficii.

Când Julian a intrat în cabinetul meu un an mai târziu, am văzut un tânăr frumos și musculos care părea deprimat și înfrânt. Mi-a spus imediat că îi părea teribil de rău pentru că fusese dat afară din armată. Și-a dorit dintotdeauna o carieră militară, iar până la acest episod a primit evaluări excelente. Iubea provocările armatei și își simpatiza colegii, lipsindu-i foarte mult structura specifică stilului de viață militar.

Julian s-a născut într-o suburbie a orașului Boston, fiind al doilea din cei cinci copii ai părinților săi. Tatăl său și-a părăsit familia când Julian avea șase ani, întrucât nu o mai putea suporta pe mama copiilor, care era labilă din punct de vedere emoțional. Julian se înțelege foarte bine cu tatăl său, dar îi reproșează faptul că a muncit prea mult ca să își susțină familia, lăsându-l în grija mamei sale dezechilibrate. Nici părinții, nici frații săi nu au primit vreodată îngrijiri psihiatrice și nu au consumat droguri sau medicamente.

Julian a fost un sportiv popular în liceu. Deși a avut numeroși prieteni, se simțea deseori stingher și își ascundea complexul de inferioritate bând și petrecând din greu. Mi-a spus că se simte rușinat de faptul că a profitat de popularitatea și de înfățișarea sa, făcând sex cu foarte multe fete. A adăugat că și-ar dori să le sune pe o parte dintre ele și să își ceară scuze pentru comportamentul său din liceu.

Și-a adus aminte că și-a detestat întotdeauna corpul. În liceu lua steroizi pentru a-și crește musculatura și a fumat marijuana aproape în fiecare zi. Nu s-a dus la colegiu, iar după absolvirea liceului a fost practic o persoană fără adăpost timp de aproape un an, întrucât nu mai putea suporta să locuiască cu mama sa. S-a înrolat în armată în speranța de a-și găsi un rost în viață.

Julian l-a cunoscut pe Părintele Shanley când avea șase ani și urma un curs de catehism la biserica parohială. El și-a amintit că Părintele Shanley îl scotea uneori din clasă pentru a se confesa. Părintele nu purta decât rareori sutana, iar Julian își mai amintea și acum pantalonii albastru-închis ai acestuia. Cei doi intrau într-o cameră mare cu două scaune față în față și o bancă pentru îngenunchiat. Scaunele erau tapițate cu roșu și pe bancă se afla o pernă din catifea roșie. Cei doi jucau cărți, ajungând să joace în cele din urmă

poker pe dezbrăcate. Julian și-a adus aminte de o oglindă din acea cameră, în fața căreia stătea. Părintele Shanley l-a pus să se aplece în față și i-a introdus un deget în anus. Mi-a spus că nu crede că Părintele l-a penetrat vreodată cu penisul, dar este convins că a făcut-o cu degetul de foarte multe ori.

În rest, amintirile lui Julian erau incoerente și fragmentate. El avea flash-uri cu imagini ale feței lui Shanley și cu diferite incidente izolate: Shanley stând în ușa băii, sau preotul așezat în genunchi și jucându-se cu „ea" cu limba sa. Julian nu-și aducea aminte câți ani avea atunci când s-au petrecut aceste lucruri. Își amintea în schimb că preotul i-a explicat cum să facă sex oral, dar nu și dacă a făcut într-adevăr acest lucru. O altă amintire se referea la împărțirea de pliante în interiorul bisericii, urmată de așezarea sa într-o stranăă lângă Părintele Shanley, care îl pipăia cu o mână, în timp ce îi ținea mâna lui Julian cu cealaltă și se mângâia cu ea. Când a mai crescut, Părintele Shanley se apropia adeseori de el și îl mângâia pe penis. Lui Julian nu-i plăcea acest lucru, dar nu știa cum să îl oprească pe preot. La urma urmelor, mi-a explicat el: „Părintele Shanley era cea mai apropiată ființă de Dumnezeu din cartierul în care locuiam."

Pe lângă aceste amintiri fragmentate, diferite amprente ale abuzului său sexual erau în mod evident reactivate și reiterate. Uneori, când făcea sex cu iubita lui, imaginea preotului îi apărea în minte, iar el „o lua razna", după propria sa declarație. Cu o săptămână înainte de a-l intervieva, iubita sa și-a băgat în glumă degetul în gura lui și i-a spus: „Faci foarte bine sex oral." Julian a sărit cât colo și i-a strigat: „Dacă mai spui vreodată așa ceva, o să te ucid! La naiba!" După care, speriați, amândoi au început să plângă, iar Julian a făcut o nouă „criză epileptică" în care s-a curbat în poziția fătului, tremurând și scâncind ca un bebeluș. În timp ce îmi povestea toate acestea, Julian părea un copil speriat.

Julian alterna între a-i părea rău pentru bătrânul care devenise Părintele Shanley și dorința de „a-l duce undeva și a-l ucide". De asemenea, mi-a vorbit în nenumărate rânduri despre cât de rușinat se simțea și despre cât de greu îi venea să recunoască faptul că nu s-a putut proteja singur: „Nimeni nu mă calcă pe mine pe coadă, iar acum sunt nevoit să îți povestesc astfel de lucruri!" Imaginea lui de sine era aceea a unui bărbat dur și puternic.

Ce putem înțelege din povestea lui Julian: ani la rând de aparentă uitare, urmați de imagini fragmentate și tulburătoare, de simptome

fizice dramatice și de reiterări subite ale abuzului trăit? În calitatea mea de terapeut care tratează oameni marcați de o traumă, principala mea grijă nu este de a determina cu precizie ce li s-a întâmplat în trecut, ci de a-i ajuta să își tolereze senzațiile, emoțiile și reacțiile pe care le experimentează, fără a fi constant deturnați de acestea. În ceea ce privește învinovățirea, principala problemă care trebuie rezolvată este de regulă autoînvinovățirea, prin acceptarea faptului că trauma nu a produs din vina pacientului, că ea nu a fost cauzată de vreun defect al acestuia și că nimeni nu ar fi meritat ceea ce i s-a întâmplat lui.

În cazurile cu incidență juridică, stabilirea culpabilității devine însă prioritară, la fel ca și admisibilitatea dovezilor. Până la Julian, am examinat alți 12 oameni care au fost abuzați în mod sadic în copilărie, în cadrul unui orfelinat catolic din Burlington, Vermont. Aceștia au dezvăluit ce li s-a întâmplat (împreună cu numeroși alții) peste mai bine de patru decenii, și deși niciunul nu a avut vreun contact cu ceilalți până la formularea primei acuzații, amintirile legate de abuzuri au fost uimitor de similare: toți au dat același nume și au descris aceleași abuzuri pe care le-au comis călugărițele și preoții indicați, în aceleași camere, cu aceleași piese de mobilier și ca parte integrantă a acelorași rutine de zi cu zi. Cei mai mulți dintre ei au acceptat ulterior termenii unei înțelegeri oferite de dioceza din Vermont.

Înainte ca un caz să intre în proces, judecătorul ține o așa-numită examinare preliminară Daubert, pentru a stabili standardele pentru mărturia experților ce urmează să fie prezentați juriului. Într-un caz din anul 1996 am reușit să conving un judecător federal din Boston că era ceva comun ca oamenii traumatizați să își piardă toate amintirile referitoare la evenimentul care i-a afectat, pentru a le regăsi mai târziu pe fragmente. Aceleași standarde se aplicau și în cazul lui Julian. Deși raportul meu adresat avocatului său rămâne confidențial, acesta s-a bazat pe decenii de experiență clinică și cercetare în domeniul memoriei traumatice, inclusiv pe activitatea câtorva din marii pionieri ai psihiatriei moderne.

MEMORIE NORMALĂ VERSUS MEMORIE TRAUMATICĂ

La ora actuală se știe cât de evazivă este memoria. Poveștile noastre se schimbă tot timpul, fiind revizuite și actualizate în permanență. Atunci când discut cu frații și cu surorile mele despre evenimentele

din copilăria noastră, ni se pare de fiecare dată că am crescut în familii diferite: foarte multe dintre amintirile noastre sunt ca nuca în perete. În realitate, aceste amintiri autobiografice nu sunt niciodată reflectări precise ale realității, ci povești pe care ni le spunem pentru a descrie percepția noastră referitoare la o experiență.

Capacitatea ieșită din comun a minții umane de a rescrie o amintire este ilustrată perfect de Marele Studiu al Dezvoltării Adultului, care a urmărit în mod sistematic starea de sănătate psihică și fizică a mai bine de 200 de bărbați de la Harvard din al doilea an de facultate (anii de studiu 1939–44) și până în prezent. De bună seamă, cei care au conceput studiul nu au putut anticipa faptul că cei mai mulți dintre participanți vor pleca să lupte în cadrul celui de-al Doilea Război Mondial, dar acest lucru ne-a permis să putem urmări evoluția amintirilor lor din perioada războiului. Bărbații au fost intervievați în detaliu în privința experiențelor lor de pe câmpul de luptă, în anii 1945–1946, iar apoi în 1989–1990. Patru decenii și jumătate mai târziu, marea majoritate au prezentat relatări extrem de diferite de cele înregistrate în interviurile luate imediat după război: cu trecerea timpului, evenimentele au fost golite de oroarea intensă pe care au simțit-o participanții în timpul lor. La antipod, oamenii traumatizați care au dezvoltat SSPT nu și-au modificat niciodată relatările: amintirile lor s-au prezervat intacte la 45 de ani de la încheierea războiului.

Reamintirea unui anumit eveniment și acuratețea acestei amintiri depind în mare măsură de semnificația personală pe care i-am acordat-o și de încărcătura sa emoțională. Factorul cheie este nivelul nostru de excitație. Cu toții avem amintiri asociate cu anumiți oameni, cu diferite cântece, mirosuri și locuri, care ne bântuie foarte mult timp. Cei mai mulți dintre noi continuăm să ne amintim cu precizie unde eram și ce am făcut în ziua de marți, 11 septembrie 2001, dar foarte puțini oameni își mai amintesc ceva despre data de 10 septembrie din același an.

Marea majoritate a experiențelor de zi cu zi sunt uitate aproape imediat. Într-o zi obișnuită, noi nu prea avem ce să povestim atunci când ajungem seara acasă. Mintea operează în funcție de diferite scheme sau hărți. Incidentele care ne cuptează cel mai tare atenția sunt cele care ies din tiparele stabilite. Dacă obținem o mărire de salariu sau dacă un prieten ne sună și ne dă o veste palpitantă, noi suntem

mult mai predispuşi să reţinem detaliile momentului, cel puţin pentru o vreme. Cel mai uşor ne vine să ne reamintim insultele şi rănile, căci adrenalina pe care o secretăm pentru a ne apăra împotriva ameninţărilor potenţiale ne ajută să ne gravăm aceste incidente în memoria noastră. Chiar dacă uităm în timp cuvintele care ne-au insultat, antipatia noastră faţă de persoana respectivă nu păleşte la fel de uşor.

Atunci când ni se întâmplă ceva terifiant, cum ar fi rănirea într-un accident a unui copil sau a unui prieten, noi păstrăm o amintire intensă şi relativ corectă foarte mult timp. După cum au arătat James McGaugh şi colegii săi, cu cât omul secretă o cantitate mai mare de adrenalină, cu atât mai precisă este în mintea sa amintirea incidentului respectiv. Acest lucru este însă adevărat numai până la un punct. Atunci când suntem confruntaţi cu o stare de oroare absolută – şi indeosebi cu oroarea „şocului de care nu putem scăpa" – acest sistem devine copleşit şi se blochează.

De bună seamă, noi (specialiştii) nu putem monitoriza ce se întâmplă în timpul unei experienţe traumatice, dar putem reactiva trauma în condiţii de laborator, aşa cum s-a întâmplat cu scanările creierelor prezentate în capitolele 3 şi 4. Atunci când amintirile sunetelor, imaginilor şi senzaţiilor iniţiale sunt reactivate, lobul frontal se blochează, lucru valabil (aşa cum am văzut) inclusiv pentru regiunea necesară pentru transpunerea în cuvinte a sentimentelor, cea care creează simţul localizării în timp şi talamusul, care integrează datele empirice ale noilor senzaţii. În acest moment, creierul emoţional, care nu se află sub controlul celui conştient şi nu poate comunica în cuvinte, preia controlul. Creierul emoţional (zona limbică şi trunchiul cerebral) îşi manifestă activitatea modificată prin schimbări ale excitaţie emoţionale, ale fiziologiei corpului şi ale acţiunii musculare. În condiţii normale, aceste două sisteme ale memoriei – cel raţional şi cel emoţional – colaborează pentru a produce o reacţie integrată. Excitaţia prea intensă modifică însă echilibrul dintre ele şi deconectează alte zone cerebrale necesare pentru stocarea şi integrarea corectă a noilor informaţii, cum ar fi hipocampul şi talamusul. În consecinţă, amprentele experienţelor traumatice nu sunt organizate ca poveşti logice şi coerente, ci sub formă de amintiri senzoriale şi emoţionale fragmentate: imagini, sunete şi senzaţii fizice. Julian a văzut un bărbat cu braţele întinse, o stranã, o scară şi un joc de poker pe dezbrăcate; el a simţit o senzaţie la nivelul penisului şi o stare de

panică și de teroare. Nu a reușit însă să integreze toate aceste impresii într-o poveste coerentă.

REVELAREA SECRETELOR TRAUMEI

La sfârșitul secolul al XIX-lea, când medicina abia începea studiul sistematic al problemelor mintale, natura memoriei traumatice a fost unul din principalele subiecte discutate. Un număr remarcabil de articole au fost publicate în Franța și în Anglia despre un sindrom cunoscut sub numele de „sindromul căilor ferate", care afecta psihic persoanele ce au suferit accidente pe căile ferate și care includea pierderi ale memoriei.

Cele mai mari progrese au fost făcute însă în studierea isteriei, o boală mintală caracterizată prin izbucniri emoționale, susceptibilitate la sugestii și contracții și paralizii ale mușchilor, care nu puteau fi explicate prin cauze anatomice. Considerată cândva o afecțiune a femeilor instabile sau prefăcute, isteria a devenit peste noapte o fereastră către misterele minții și corpului uman. Nume ale unor mari pionieri în domeniul neurologiei și psihiatriei precum Jean-Martin Charcot, Pierre Janet și Sigmund Freud, sunt asociate cu descoperirea faptului că la originea isteriei stă trauma, și îndeosebi abuzul sexual din copilărie. Acești cercetători timpurii numeau amintirile traumatice „secrete patogene" sau „paraziți mintali", întrucât oricât de mult și-ar fi dorit suferinzii să uite ce li s-a întâmplat, amintirile lor își forțau drumul către lumina conștiinței, ținându-i captivi într-un prezent mereu reînnoit al ororii existențiale.

Interesul față de isterie a fost deosebit de puternic în Franța, având-și originea (așa cum se întâmplă adeseori) în politica epocii. Jean-Martin Charcot, considerat de mulți părintele neurologiei și având discipoli precum Gilles de la Tourette, care au dat numele lor multor afecțiuni neurologice, a fost extrem de activ în politică. După abdicarea Împăratului Napoleon al III-lea în anul 1870 s-a dus o luptă între monarhiști (vechea ordine socială, susținută de cler) și susținătorii Republicii Franceze, care credeau în știință și în democrația seculară. Charcot era convins că femeile vor juca un rol cheie în această luptă, iar investigațiile sale referitoare la isterie „au oferit o explicație științifică pentru fenomene precum posesiunea demoniacă, vrăjitoria, exorcismul și extazul religios".

Charcot a realizat studii meticuloase ale simptomelor fiziologice și neurologice ce corespundeau isteriei, atât la bărbați cât și la femei, care presupuneau ingroparea amintirilor in corp și absența limbajului. Spre exemplu, el a publicat in anul 1889 cazul unui pacient pe nume Lelog, care a rămas cu o paralizie a picioarelor după un accident în trafic cu un atelaj tras de cai. Deși Lelog a căzut și și-a pierdut cunoștința, piciourele sale nu au pățit nimic, neexistând semne neurologice care să indice o cauză fizică a paraliziei sale. Charcot a descoperit că chiar înainte de a-și pierde cunoștința, Lelog a văzut roțile atelajului apropiindu-se de el și a crezut cu convingere că acestea vor trece peste picioarele lui. El a notat: „Pacientul... nu a păstrat nicio amintire... El nu poate răspunde la întrebările care îi sunt puse în privința incidentului. Nu știe nimic sau aproape nimic legat de acesta." La fel ca mulți alți pacienți de la Salpêtrière, Lelog și-a exprimat fizic experiența: în loc să își amintească accidentul, el a făcut o paralizie a picioarelor.

Jean-Martin Charcot prezintă cazul unui pacient care suferea de isterie. Charcot a transformat La Salpêtrière, un fost azil pentru săracii din Paris, într-un spital modern. Este de remarcat postura dramatică a pacientului.

PICTURĂ DE ANDRE BROUILLET

Din perspectiva mea, adevăratul erou al acestei povești este însă Pierre Janet, care l-a ajutat pe Charcot să creeze un laborator de cercetare dedicat studiului isteriei la Salpêtrière. În anul 1889 (anul în care a fost construit Turnul Eiffel), Janet și-a publicat prima carte științifică referitoare la stresul traumatic: *Automatismul psihologic*. Janet a propus ipoteza că originea sindromului pe care îl numim astăzi SSPT este experimentarea „emoțiilor vehemente" sau a unei excitații emoționale intense. Tratatul său explică faptul că după ce sunt traumatizați, oamenii continuă să repete automat anumite acțiuni, emoții și senzații asociate cu trauma. Spre deosebire de Charcot, care era interesat înainte de toate în măsurarea și documentarea simptomelor fizice ale pacienților, Janet a petrecut multe ore vorbind cu aceștia, încercând să descopere astfel ce se petrecea în mintea lor. Tot spre deosebire de Charcot, ale cărui studii erau focalizate asupra înțelegerii fenomenului isteriei, Janet a fost înainte de toate un clinician interesat să își trateze pacienții. Așa se explică de ce i-am studiat în detaliu studiile de caz și de ce îl consider unul dintre cei mai mari profesori ai mei.

AMNEZIA, DISOCIEREA ȘI REITERAREA TRAUMEI

Janet a fost primul om de știință care a remarcat diferența dintre „memoria narativă" – poveștile pe care și le spun oamenii în legătură cu trauma suferită – și cea traumatică propriu-zisă. Unul din studiile sale de caz a fost povestea lui Irène, o tânără internată în spital după moartea mamei sale de tuberculoză. Irène și-a îngrijit mama timp de multe luni până la moartea ei, continuând să lucreze pentru a-și întreține tatăl alcoolic și pentru a plăti pentru îngrijirea medicală a mamei sale. Când aceasta a murit în sfârșit, Irène – epuizată de stres și de lipsa de somn – a încercat timp de mai multe ore să îi resuscite-teze acesteia corpul, strigând-o și încercând să îi bage cu forța în gură medicamentele. La un moment dat, corpul lipsit de viață a căzut din pat, în timp ce tatăl beat mort al lui Irène zăcea fără cunoștință în apropiere. Chiar și după sosirea unei mătuși și începerea pregătirilor pentru înmormântare, Irène a continuat să persiste în negarea sa. Ea a trebuit să fie convinsă să participe la înmormântare, dar a început să râdă isteric în timpul serviciului funerar. Câteva săptămâni mai târziu a fost adusă la Salpêtrière, fiind preluată de Janet.

Pe lângă amnezia referitoare la moartea mamei sale, Irène a suferit de un alt simptom: de mai multe ori pe săptămână ea se uita – ca și cum ar fi fost în transă – la un pat gol, ignorând tot ce se întâmpla în jurul ei, după care începea să îngrijească o persoană imaginară, reproducând astfel detaliile morții mamei sale (nu vorbim de o simplă reamintire, ci de o reiterare a faptelor reale).

Oamenii traumatizați își amintesc în același timp prea multe și prea puține detalii. Pe de o parte, Irène nu avea amintirea conștientă a morții mamei sale, neputând spune povestea a ceea ce s-a întâmplat. Pe de altă parte, ea simțea impulsul obsesiv de a reitera fizic ce s-a întâmplat în momentul morții mamei sale. Termenul folosit de Janet – „automatism" – descrie perfect natura involuntară și inconștientă a acțiunilor sale.

Janet a tratat-o pe Irène timp de mai multe luni, în principal prin hipnoză. La sfârșit, el a întrebat-o din nou despre moartea mamei sale. Irène a început să plângă și i-a răspuns: „Nu-mi reaminti de aceste lucruri groaznice... Mama era moartă și tata era beat mort, ca de obicei. A trebuit să îi îngrijesc corpul toată noaptea. Am făcut multe lucruri prosteși încercând să o resuscitez... Dimineața mi-am pierdut mințile." Irène nu numai că a fost capabilă să descrie coerent ce s-a întâmplat, dar și-a recuperat inclusiv emoțiile: „Mă simt foarte tristă și abandonată." Janet i-a descris noua memorie ca fiind „completă", întrucât era însoțită de sentimentele adecvate.

Janet a remarcat existența unor diferențe semnificative între memoria obișnuită și cea traumatică. Amintirile traumatice sunt precipitate de factori de declanșare specifici. În cazul lui Julian, factorul care i-a declanșat amintirile a fost un comentariu amoros al iubitei sale. În cel al lui Irène, a fost un pat. Atunci când un element al experienței traumatice este activat, celelalte elemente îl urmează automat.

Memoria traumatică nu este condensată. Irène avea nevoie de 3-4 ore pentru a-și reitera povestea, dar când a putut spune în sfârșit ce s-a întâmplat, reiterarea a durat mai puțin de un minut. Reiterarea traumatică nu are nicio funcție. La antipod, memoria obișnuită este adaptabilă; poveștile pe care ni le spunem sunt flexibile și pot fi modificate pentru a se adapta la circumstanțe. Memoria obișnuită este prin excelență socială. Ea este o poveste

pe care ne-o spunem cu un scop. În cazul lui Irène, scopul era să atragă ajutor și mângâiere din partea doctorului ei. În cazul lui Julian, acesta era să mă recruteze pentru a mă alătura dorinței sale de dreptate și de răzbunare. Memoria traumatică nu are însă nicio componentă socială. Furia lui Julian în fața observației iubitei sale nu a servit niciunui scop util. Reiterările sunt incremenite în timp, imuabile și reprezintă întotdeauna experiențe singuratice, umilitoare și alienante.

Janet a conceput termenul de „disociere" pentru a descrie diviziarea și izolarea amprentelor memoriei pe care le-a descoperit la pacienții săi. În plus, el a anticipat cât de mare este costul ținerii la distanță a acestor amintiri traumatice. Mai târziu, el a scris că atunci când pacienții săi își disociază experiența traumatică, ei devin „atașați de un obstacol insurmontabil": „Incapabili să își integreze amintirile traumatice, ei par să își piardă capacitatea de a asimila noi experiențe. Este... ca și cum personalitatea lor s-a blocat într-un punct, nemaiputându-se lărgi prin adăugarea sau asimilarea de elemente noi." El a prezis că dacă nu vor deveni conștienți de elementele divizate și dacă nu le vor integra într-o poveste care s-a petrecut în trecut, dar care s-a încheiat, pacienții vor experimenta un declin lent al funcționării lor personale și profesionale. Acest fenomen este bine documentat de cercetările contemporane.

Janet a descoperit că deși este normal ca amintirile să fie schimbate și distorsionate, oamenii care suferă de SSPT sunt incapabili să depășească evenimentul traumatic central – sursa acestor amintiri. Disocierea îi împiedică să integreze trauma în sertarele aglomerate și veșnic în schimbare ale memoriei autobiografice, creând în esență un sistem dual al memoriei. Memoria normală integrează elementele tuturor experiențelor într-un flux continuu al experienței de sine, printr-un proces complex al asocierii. Gândește-te la o rețea densă, dar flexibilă, în care toate elementele exercită o influență subtilă asupra celorlalte. În cazul lui Julian, senzațiile, gândurile și emoțiile asociate cu trauma au fost stocate separat, în fragmente incremenite și greu de înțeles. Dacă principala problemă a SSPT este *disocierea*, rezultă că scopul tratamentului trebuie să fie *asocierea*, respectiv integrarea elementelor disociate ale traumei într-o poveste coerentă, astfel încât creierul să poată recunoaște diferența dintre „ce a fost atunci și ce se întâmplă în prezent".

ORIGINILE „TERAPIEI PRIN VORBIRE"

Psihanaliza s-a născut în saloanele din Salpêtrière. În anul 1885, Freud a plecat la Paris pentru a lucra cu Charcot, iar mai târziu și-a numit primul fiu Jean-Martin, în onoarea mentorului său. În 1893, Freud și mentorul său vienez, Josef Breuer, i-au citat pe Charcot și pe Janet într-o lucrare genială referitoare la cauzele isteriei. *„Istericii suferă în principal de amintiri reminiscente"*, declară cei doi, adăugând că aceste amintiri nu sunt supuse unui „proces de uitare" specific memoriei normale, ci „persistă foarte mult timp, rămânând uimitor de proaspete". Oamenii traumatizați nu pot controla momentul în care apar aceste amintiri: „Trebuie... să menționăm un alt aspect important... și anume acela că aceste amintiri, spre deosebire de cele din viața lor de până atunci, nu stau la dispoziția pacienților. Dimpotrivă, *aceste experiențe sunt complet absente din memoria pacienților atunci când aceștia se află într-o stare psihică normală, sau sunt prezente doar într-o formă extrem de sumară*." (Toate caracterele italice din pasajele citate le aparțin lui Breuer și Freud.)

Breuer și Freud credeau că amintirile traumatice dispar din perspectiva conștiinței obișnuite fie pentru că „circumstanțele fac imposibilă o reacție", fie pentru că au început într-un moment de „emoție paralizantă severă, cum ar fi panica". În 1986, Freud a declarat cu îndrăzneală că „suprema cauză a isteriei este seducerea unui copil de către un adult". El s-a grăbit însă să retracteze această afirmație după ce a constatat o veritabilă epidemie de abuzuri în cele mai bune familii din Viena, în care ar fi fost implicat chiar și tatăl său. Psihanaliza și-a schimbat orientarea, punând accentul pe dorințele și fanteziile inconștiente, deși Freud a mai amintit când și când realitatea abuzului sexual. După ce a constatat realitatea nevrozelor generate de ororile din Primul Război Mondial, Freud a declarat din nou că absența memoriei verbale este un simptom central al traumei și că dacă o persoană nu își aduce aminte de un eveniment, ea este predispusă către reiterarea acestuia: „Individul îl reproduce nu ca o amintire, ci ca o acțiune; el îl repetă, de bună seamă fără să știe că face acest lucru. În final, am înțeles că aceasta este modalitatea lui de a-și aduce aminte."

Moștenirea durabilă a lucrării din anul 1893 a lui Breuer și Freud este ceea ce am ajuns să numim astăzi „terapia prin vorbire": „Am descoperit, spre marea noastră surpriză la început, că *fiecare simptom*

individual al isteriei a dispărut imediat și permanent atunci când am reușit să readucem clar în lumina conștiinței amintirea evenimentului care l-a cauzat, cu tot cu starea emoțională asociată, și când pacientul a reușit să descrie respectivul eveniment în toate detaliile, inclusiv emoțiile asociate cu el (italicele apar în textul original). Aproape invariabil, reamintirea fără emoții nu produce niciun rezultat."

Cei doi explică faptul că dacă nu există o „reacție energică" față de evenimentul traumatic, emoțiile „rămân atașate de memorie" și nu pot fi eliminate. Reacția poate fi declanșată de o acțiune – „de la lacrimi și până la răzbunare". „Dar limbajul servește ca un substitut pentru acțiune; cu ajutorul lui, emoțiile pot fi eliberate aproape la fel de eficient." „La ora actuală putem înțelege, conchid ei, de ce are un efect curativ procedura psihoterapeutică. *Ea pune capăt forței operative... care nu a fost eliberată de la bun început* [adică în momentul traumei], *prin permiterea efectului ei strangulat să își găsească o cale de ieșire prin intermediul vorbirii, supunând-o unei corecții asociative prin introducerea ei în conștiința normală.*"

Deși psihanaliza a intrat în declin în zilele noastre, „terapia prin vorbire" continuă să fie la modă, iar psihologii cred că descrierea în cuvinte a poveștii traumei îi poate ajuta pe oameni să o lase în urmă. Aceasta este premisa de bază a terapiei cognitiv-comportamentale (CBT), predată astăzi la cursurile universitare de psihologie din întreaga lume.

Deși etichetele diagnosticelor s-au schimbat, pacienții din zilele noastre nu diferă cu nimic de cei descriși de Charcot, Janet și Freud. În anul 1986, am scris un articol împreună cu colegii mei despre cazul unei femei care a lucrat în clubul de noapte Cocoanut Grove din Boston până când acesta a ars în anul 1942. Prin anii 70-80, femeia și-a reiterat anual fuga din club pe strada Newbury, la câteva străzi de locația inițială, fiind internată de fiecare dată cu diagnosticul de schizofrenie și tulburare bipolară. În anul 1989, am raportat cazul unui veteran al Războiului din Vietnam care punea anual în scenă un „jaf armat" în ziua aniversară a morții unui coleg de armată. El își înfigea un deget în pânza buzunarului de la pantaloni, pretinzând că este un pistol, și îi spunea unui vânzător să îi dea toți banii din casierie, acordându-i însă tot timpul necesar pentru a alerta poliția. Această tentativă inconștientă de a comite un „act de sinucidere prin intervenția unui polițist" s-a încheiat când un judecător

l-a trimis pe veteran la mine, pentru tratament. După ce am reuşit să rezolvăm împreună vinovăţia lui legată de moartea prietenului său, veteranul nu a mai încercat să o reitereze.

Astfel de incidente ridică o întrebare esenţială: cum pot recunoaşte medicii, poliţiştii sau asistenţii sociali dacă cineva suferă de stres traumatic atât timp cât acesta nu face decât să reitereze evenimentul traumatic, fără să şi-l aducă aminte? Cum pot identifica pacienţii sursa comportamentului lor? Dacă istoricul lor nu este cunoscut, ei pot fi etichetaţi cu uşurinţă drept nebuni sau pedepsiţi ca fiind criminali, în loc să fie ajutaţi să îşi integreze trecutul.

MEMORIA TRAUMATICĂ ŞI PROCESELE JURIDICE

Cel puţin 25 de bărbaţi au pretins că au fost molestaţi de Paul Shanley, mulţi dintre ei primind daune civile de la arhidioceza din Boston. Julian a fost însă singura victimă căreia i s-a cerut să depună mărturie în procesul lui Shanley. În februarie 2005, fostul preot a fost găsit vinovat pentru două acuzaţii de violare a unui copil şi alte două de agresiune fizică asupra unui copil, fiind condamnat la 12-15 ani de închisoare.

În 2007, avocatul lui Shanley, Robert F. Shaw Jr., a depus o cerere pentru un nou proces, susţinând că actul de condamnare a lui Shanley a fost o eroare judiciară. Shaw a încercat să dovedească faptul că „amintirile reprimate" nu sunt acceptate în general în cadrul comunităţii ştiinţifice, că prima condamnare s-a bazat pe o „ştiinţă de doi bani" şi că nu au existat suficiente mărturii referitoare la statutul ştiinţific al amintirilor reprimate înainte de proces. Apelul său a fost respins de judecătorul care a judecat primul proces, dar doi ani mai târziu a fost luat în considerare de Curtea Supremă de Justiţie din Massachusetts. Aproape o sută de psihiatri şi psihologi de frunte din Statele Unite şi din opt ţări străine au semnat o declaraţie sub jurământ în care au afirmat că nu s-a dovedit niciodată că „memoria reprimată" ar exista, şi deci aceasta nu ar trebui să fie considerată o dovadă într-un proces juridic. Cu toate acestea, în data de 10 ianuarie 2010, Curtea Supremă a confirmat cu un vot unanim condamnarea lui Shanley, făcând următoarea declaraţie justificativă: „Pe scurt, suntem de acord cu decizia judecătorului potrivit căreia lipsa de dovezi ştiinţifice nu anulează teoria care susţine că un individ poate

experimenta o amnezie disociativă... Au existat suficiente mărturii referitoare la subiectul amneziei disociative."

În capitolul următor vom continua să discutăm despre memorie și despre uitare, inclusiv despre continuarea în zilele noastre a dezbaterii referitoare la memoria reprimată, care a fost lansată de Freud.

Capitolul 12

POVARA INSUPORTABILĂ A ADUCERII AMINTE

Corpul nostru este textul care transportă amintirile, prin urmare, reamintirea nu este altceva decât o reîncarnare.

— Katie Cannon

Interesul ştiinţific faţă de traume a fluctuat dramatic în ultimii 150 de ani. Moartea lui Charcot în anul 1893 şi schimbarea accentului pus de Freud asupra conflictelor, mecanismelor de autoapărare şi instinctelor interioare au fost doar două din cauzele pierderii interesului medicinei oficiale faţă de acest subiect. În schimb, psihanaliza a câştigat rapid în popularitate. În anul 1911, psihiatrul Morton Prince, care a studiat cu William James şi cu Pierre Janet, s-a plâns că cei interesaţi de efectele traumelor erau ca nişte „scoici aduse de maree în Portul Boston".

Această ignorare a subiectului a durat însă doar câţiva ani, datorită izbucnirii Primului Război Mondial în anul 1914, când medicina şi psihologia s-au confruntat din nou cu sute de mii de oameni cu simptome psihice bizare, condiţii medicale inexplicabile şi pierderi de memorie. Noua tehnologie a proiecţiei de imagini în mişcare a permis filmarea acestor soldaţi, iar astăzi putem vedea pe YouTube posturile lor fizice bizare, afirmaţiile verbale stranii, expresiile faciale îngrozite şi ticurile – aceste expresii fizice ale traumei: „o amintire gravată simultan în minte, sub formă de imagini şi cuvinte interioare, şi în corp".

La începutul războiului, britanicii au creat diagnosticul de „şoc generat de bombe", care le dădea veteranilor de război dreptul să primească tratament şi o pensie de handicap. Diagnosticul alternativ

era „neurastenie", pentru care veteranii nu primeau însă nici tratament gratuit, nici pensie. Diagnosticele primite de un soldat sau altul depindeau în totalitate de orientarea medicului care îi trata.

Peste un milion de soldați britanici au luptat pe Frontul de Vest de-a lungul întregului război. Numai în primele ore ale datei de 1 iulie 1916, în cadrul Bătăliei de pe râul Somme, armata britanică a pierdut 57.470 de soldați, din care 19.240 au murit, iar restul au fost răniți. A fost cea mai sângeroasă zi din istoria Marii Britanii. Istoricul John Keegan susține că Feldmareșalul Douglas Haig, comandantul armatei britanice, a cărui statuie domină astăzi zona Whitehall din Londra, cândva centrul Imperiului Britanic: „Nu a dat dovadă de niciun interes față de suferința umană, nici în discursurile sale publice, nici în jurnalele sale private." „El a trimis pe râul Somme floarea tineretului britanic pentru a muri sau pentru a fi mutilați."

Pe măsură ce războiul a continuat, șocul cauzat de bombe a compromis din ce în ce mai mult eficacitatea forțelor combatante. Prins între suferința soldaților și dorința de a câștiga victoria asupra germanilor, Statul Major General al armatei britanice a emis în iunie 1917 Ordinul General cu numărul 2384, în care se preciza: „Expresia ‚șoc datorat bombelor' nu poate fi folosită în nicio circumstanță, verbal sau în scris, în vreun raport al vreunui regiment sau în rapoartele referitoare la victime, în documentele spitalicești sau în alte documente medicale." Toți soldații cu probleme psihice trebuiau să primească diagnosticul singular „NYDN" (Nu Încă Diagnosticat, Nervos[12]). În noiembrie 1917, Statul Major General i-a refuzat lui Charles Samuel Myers, care conducea patru spitale de campanie pentru soldații răniți, permisiunea de a publica un articol despre șocul cauzat de bombe în revista *British Medical Journal*. Germanii au fost încă și mai punitivi, tratând șocul generat de bombe ca pe un defect de caracter personal, pe care îl gestionau prin diferite tratamente dureroase, inclusiv prin electroșocuri.

În anul 1922, guvernul britanic a emis Raportul Southborough, al cărui scop era să prevină diagnosticarea șocului generat de bombe în viitoarele războaie și să submineze orice pretenții de compensații financiare. Raportul sugera eliminarea „șocului generat de bombe" din toate documentele oficiale și insista că aceste cazuri „nu trebuie

[12] Inițialele provin de la: *„Not Yet Diagnosed, Nervous"*. (n. tr.)

clasificate drept daune produse de luptă mai mult decât orice altă boală". Perspectiva oficială era că soldaţii bine antrenaţi şi bine conduşi nu puteau suferi de un şoc generat de bombe şi că cei care au căzut pradă acestei afecţiuni erau soldaţi nedisciplinaţi şi refractari. În timp ce furtuna politică generată de legitimitatea şocului generat de bombe a continuat să mai facă ravagii câţiva ani la rând, rapoartele referitoare la tratarea acestor cazuri au dispărut complet din literatura ştiinţifică.

În Statele Unite, soarta veteranilor de război a fost caracterizată la rândul ei de probleme. În anul 1918, când aceştia s-au întors acasă de pe câmpurile de luptă din Franţa şi din Flandra, ei au fost întâmpinaţi ca nişte eroi naţionali, la fel cum sunt întâmpinaţi soldaţii care se întorc în zilele noastre din Irak sau din Afganistan. În anul 1924, Congresul a votat pentru acordarea unui bonus de 1,25 dolari pentru fiecare zi petrecută de soldaţi peste ocean, dar acordarea banilor a fost amânată până în anul 1945.

În 1932, naţiunea se afla deja în mijlocul Marii Recesiuni Economice, iar în luna mai a acestui an, circa 15.000 de veterani şomeri şi fără un ban şi-au făcut tabără în Washington D.C. pentru a solicita plata imediată a bonusurilor lor. Senatul a împiedicat plata banilor cu 62 de voturi contra 18. O lună mai târziu, Preşedintele Hoover a ordonat armatei să elibereze tabăra organizată de veterani. Trupele au fost conduse de generalul Douglas MacArthur, comandantul armatei, asistat de şase tancuri de luptă. Maiorul Dwight D. Eisenhower era ofiţerul de legătură cu poliţia din Washington, iar maiorul George Patton conducea trupele de cavalerie. Soldaţii i-au atacat pe veterani cu gaze lacrimogene şi cu baionetele fixate pe puşti. A doua zi dimineaţa piaţa era golită, iar tabăra veteranilor era incendiată. Veteranii nu şi-au primit niciodată pensiile.

În timp ce politicienii şi medicina le-au întors spatele soldaţilor care s-au întors acasă, ororile războiului au fost înregistrate în literatură şi în artă. În *Nimic nou pe Frontul de Vest*, un roman despre experienţele de război ale soldaţilor scris de autorul german Erich Maria Remarque, eroul principal, Paul Baumer, vorbeşte în numele unei întregi generaţii: „Sunt conştient că, fără să îmi dau seama, mi-am pierdut sentimentele. Nu mai aparţin acestei lumi, ci unei lumi străine. Prefer să fiu lăsat în pace, să nu fiu deranjat de cineva. Oamenii vorbesc prea mult; nu mă mai pot conecta cu ei, căci sunt

mult prea ocupați cu problemele lor superficiale." Publicat în anul 1929, romanul a devenit peste noapte un bestseller internațional, fiind tradus în 25 de limbi. Filmul realizat de Hollywood în anul 1930 după el a câștigat Premiul Oscar pentru cel mai bun film.

Când Hitler a venit la putere câțiva ani mai târziu, *Nimic nou pe Frontul de Vest* a devenit una din primele cărți „degenerate" pe care naziștii le-au ars în piața publică din fața Universității Humboldt din Berlin. Din câte se pare, conștientizarea efectelor devastatoare ale războiului asupra minții soldaților ar fi reprezentat o amenințare pentru dorința naziștilor de a începe o altă rundă de nebunie.

Negarea consecințelor traumei poate crea haos în urzeala socială a lumii în care trăim. Refuzul de a accepta daunele produse de război și intoleranța față de „slăbiciunea umană" au jucat un rol decisiv în ascensiunea fascismului și a militarismului din anii 30 în întreaga lume. Reparațiile exorbitante de război impuse prin Tratatul de la Versailles au umilit și mai tare o Germanie deja îngenuncheată. La rândul ei, societatea germană s-a comportat fără milă față de veteranii săi de război traumatizați, care au fost tratați ca niște creaturi inferioare. Această cascadă de umilințe la adresa celor neputincioși a creat bazele pentru instaurarea degradării supreme a drepturilor omului sub regimul nazist: justificarea morală a cuceririi raselor inferioare de către cea superioară – rațiunea care a stat la baza războiului care a urmat.

NOUA FAȚĂ A TRAUMEI

Izbucnirea celui de-al Doilea Război Mondial i-a determinat pe Charles Samuel Myers și pe psihiatrul american Abram Kardiner să își publice rezultatele lucrului cu soldații și cu veteranii din Primul Război Mondial. *Șocul generat de bombe în Franța: 1914–1918* (1940) și *Nevrozele traumatice ale războiului* (1941) au reprezentat principalele ghiduri pentru psihiatrii care tratau soldații din noul conflict care manifestau „nevroze generate de război". Efortul de război al Statelor Unite a fost prodigios, iar progresele în domeniul psihiatriei au reflectat acest lucru. Și în acest caz, putem regăsi pe YouTube o fereastră directă către trecut: documentarul regizorului John Huston de la Hollywood *Să fie lumină* (1946) prezintă tratamentul predominant acordat pentru nevrozele specifice războiului din acea vreme: hipnoza.

În filmul lui Hudson, realizat pe când acesta făcea parte din Detașamentul de Semnalare al Armatei, medicii care apar sunt încă patriarhali, iar pacienții sunt niște tineri speriați „de bombe". Ei își manifestă însă diferit traumele. În timp ce soldații din Primul Război Mondial leșinau, aveau ticuri faciale și intrau în colaps din cauza paraliziei corporale, următoarea generație avea tendința să vorbească și să se ascundă. Corpul soldaților nu uita însă prin ce a trecut: ei aveau probleme cu stomacul, pulsul accelerat și făceau atacuri de panică. Trauma nu le-a afectat însă numai corpul. Starea de transă indusă prin hipnoză i-a ajutat să își găsească cuvintele pentru a descrie lucrurile pe care se temeau să și le aducă aminte: starea de teroare, vinovăția supraviețuitorului și loialitățile conflictuale. Lucrul care m-a izbit cel mai tare este faptul că acești soldați păreau să își controleze mult mai bine mânia și ostilitatea decât veteranii de mai târziu, cei cu care am lucrat eu. Cultura modelează expresia stresului traumatic.

Teoreticiana feministă Germaine Greer a scris despre tratarea SSPT-ului tatălui său după cel de-al Doilea Război Mondial: „Ori de câte ori [medicii militari] îi examinau pe bărbații care manifestau tulburări grave, ei descopereau aproape invariabil drept cauză experiența de dinaintea războiului: bărbații bolnavi nu aveau stofă de soldați... Militarii susțin că nu războiul îi îmbolnăvește pe oameni, ci oamenii bolnavi sunt cei care nu pot câștiga războaie." Pare puțin probabil că acei medici au reușit să îl ajute cu ceva pe tatăl lui Greer, dar cert este că efortul acesteia de a înțelege suferința lui a ajutat-o să exploreze mai târziu dominația sexuală în cele mai urâte manifestări ale sale: violul, incestul și violența domestică.

Când am lucrat la AV, am rămas uimit de faptul că marea majoritate a pacienților de la departamentul de psihiatrie erau veterani tineri, abia lăsați la vatră după Războiul din Vietnam, în timp ce coridoarele și lifturile care duceau la departamentele medicale erau pline cu oameni bătrâni. Curios să aflu mai multe în privința acestei disparități, am realizat un sondaj printre veteranii celui de-al Doilea Război Mondial care se aflau în diferite clinici medicale în anul 1983. Marea majoritate a acestora au ieșit pozitivi la testul SSPT pe care li l-am administrat, dar tratamentul lor era focalizat mai degrabă asupra problemelor medicale decât asupra celor psihiatrice. Acești veterani își comunicau tulburările psihice mai degrabă prin crampe

la stomac și dureri în zona pieptului decât prin coșmaruri și furie, deși sufereau inclusiv de acestea (lucru care a reieșit în urma studiului meu). Doctorii se iau după maniera în care își relatează pacienții problemele: dacă un pacient se plânge de coșmaruri terifiante, iar medicul său îl pune să facă o radiografie a pieptului, pacientul își dă seama că va fi mai bine îngrijit dacă se va focaliza asupra problemelor sale fizice. La fel ca rudele mele care au luptat sau au fost capturate în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, marea majoritate a acestor bărbați erau foarte reticenți în a-și împărtăși experiențele. În final, am rămas cu opinia că nici ei, nici medicii lor nu doreau să audă amintească ceva de război.

Cu toate acestea, liderii militari și civili s-au ales după cel de-al Doilea Război Mondial cu lecții importante pe care generația anterioară a refuzat să le învețe. După înfrângerea Germaniei Naziste și a Japoniei Imperiale, Statele Unite au ajutat la reconstruirea Europei cu ajutorul Planului Marshall, care a reprezentat baza economică a următorilor 50 de ani de pace relativă. În Statele Unite, GI Bill le-a asigurat milioanelor de veterani accesul la servicii de educație și rate ipotecare pentru case, care au promovat o bunăstare economică generală și au creat condițiile pentru o clasă mijlocie și bine educată cu o bază largă. Forțele armate au condus națiunea către integrarea rasială și către mai multe oportunități. Administrația pentru Veterani a construit clinici în toată țara pentru a-i ajuta pe veterani să își vindece problemele medicale. Deși de această dată veteranilor le-a fost acordată foarte multă atenție, cicatricele psihologice ale războiului au rămas nerecunoscute, iar nevrozele traumatice au dispărut complet din nomenclatorul psihiatric oficial. Ultima lucrare științifică despre trauma de război apărută după cel de-al Doilea Război Mondial a fost publicată în anul 1947.

REDESCOPERIREA TRAUMEI

Așa cum am mai spus, atunci când am început să lucrez cu veteranii Războiului din Vietnam, nu am găsit nicio carte despre traumele de război în biblioteca AV. Cu toate acestea, Războiul din Vietnam a inspirat numeroase studii, crearea de organizații științifice și includerea diagnosticului SSPT în literatura de specialitate. Simultan, interesul față de traumă a explodat la nivelul publicului general.

În anul 1974, *Manualul de psihiatrie* al lui Freedman și Kaplan declara că: „Incestul este un fenomen extrem de rar întâlnit, care nu se petrece decât într-un caz din 1,1 milioane de oameni." Așa cum am văzut în capitolul 2, același manual plin de autoritate a vorbit chiar despre beneficiile posibile ale incestului: „Această activitate incestuoasă reduce șansa de psihoză a subiectului și îl ajută să se adapteze mai bine la lumea exterioară... Marea majoritate a acestor subiecți nu au experimentat efecte adverse ale experienței lor."

Cât de aberante erau aceste afirmații a devenit evident atunci când mișcarea feministă în plină ascensiune, combinată cu conștientizarea traumei la veteranii de război care se întorceau acasă, au determinat zeci de mii de supraviețuitori ai abuzurilor sexuale în copilărie, ai abuzurilor domestice și ai violului să iasă la lumină. S-au creat astfel grupuri de conștientizare și grupuri ale supraviețuitorilor, și numeroase cărți, printre care *Curajul de a te vindeca* (1988), un bestseller de dezvoltare personală pentru supraviețuitorii incestului, și cartea lui Judith Herman, *Trauma și recuperare* (1992), au comentat etapele tratamentului și ale procesului de recuperare în foarte multe detalii.

Avertizat de istorie, am început să mă întreb dacă nu ne îndreptam către un alt recul în ceea ce privește recunoașterea realității traumei, precum cele din anii 1895, 1917 și 1947. Exact așa s-au întâmplat lucrurile, căci pe la începutul anilor 90 în numeroase ziare și reviste din Statele Unite și din Europa au apărut articole referitoare la un așa-numit Sindrom al Memoriei False, care îi făcea pe pacienții psihiatrici să inventeze amintiri false elaborate ale unor abuzuri sexuale, pretinzând că acestea au fost latente foarte mulți ani la rând înainte de a fi redescoperite.

Aspectul cel mai izbitor legat de aceste articole era certitudinea cu care afirmau că nu există nicio dovadă potrivit căreia oamenii și-ar aminti traumele într-o manieră diferită decât celelalte evenimente din viața lor. Îmi amintesc și acum de un telefon pe care l-am primit de la un săptămânal binecunoscut din Londra, în care persoana de la capătul firului mi-a spus că intenționau să publice un articol despre memoria traumatică în numărul de săptămâna următoare și m-a întrebat dacă aveam vreun comentariu referitor la acest subiect. M-am umplut imediat de entuziasm și i-am răspuns că pierderile de memorie legate de evenimentele traumatice au fost studiate inițial

în Anglia, în urmă cu mai bine de un secol. Am menționat activitatea lui John Eric Erichsen și a lui Frederic Myers referitoare la accidentele de cale ferată din anii 1860-70 și studiile extinse ale lui Charles Samuel Myers și W.H.R. Rivers referitoare la tulburările de memorie ale soldaților care au luptat în Primul Război Mondial. De asemenea, i-am sugerat reporterului să caute un articol publicat în revista *The Lancet* în anul 1944, în care era descrisă salvarea armatei britanice pe plajele de la Dunkirk în anul 1940. Mai bine de 10% dintre soldații evacuați atunci sufereau de pierderi masive de memorie. În săptămâna următoare, articolul apărut în revistă și-a informat cititorii că nu există nicio dovadă care să ateste că oamenii care suferă un eveniment traumatic își pierd uneori parțial sau integral memoria incidentului.

Problema reamintirii cu întârziere a traumei nu era un subiect foarte controversat atunci când Myers și Kardiner au descris pentru prima dată acest fenomen în cărțile lor despre nevrozele soldaților care au luptat în Primul Război Mondial; când au fost observate pierderile de memorie ale soldaților evacuați la Dunkirk; sau când am scris eu însumi despre veteranii din Vietnam și despre supraviețuitoarea incendiului de la clubul de noapte Cocoanut Grove. Prin anii 80 și la începutul anilor 90, când tulburări similare de memorie au început să fie observate la femeile și copiii supuși abuzului domestic, eforturile victimelor de a-și primi dreptatea în justiție împotriva abuzatorilor lor au mutat accentul asupra problemei de la știință la politică și la legislație. Acesta a fost contextul în care au apărut scandalurile legate de pedofilie din sânul Bisericii Catolice, în care experții în memorie au fost asmuțiți unii împotriva altora prin tribunalele din Statele Unite, iar mai târziu din Europa și din Australia.

Experții care au depus mărturie în numele Bisericii au pretins că amintirile referitoare la abuzul sexual în copilărie erau în cel mai bun caz necredibile și că afirmațiile făcute de așa-zisele victime reprezentau cel mai probabil amintiri false implantate în mintea lor de către psihoterapeuții creduli care își simpatizau prea tare clienții sau care își urmăreau propriile interese. În toată această perioadă am examinat mai bine de 50 de adulți care, la fel ca Julian, își aminteau că au fost abuzați de preoți. Afirmațiile lor au fost contestate și negate în circa jumătate din cazuri.

ȘTIINȚA AMINTIRILOR REPRIMATE

În realitate, au existat sute de articole și cărți științifice care au documentat timp de mai bine de un secol reprimarea amintirilor traumatice, care ies la iveală peste ani sau chiar decenii. Au fost raportate pierderi ale memoriei la oameni care au trecut prin dezastre naturale, răpiri, tortură, lagăre de concentrare și abuzuri sexuale și fizice. Pierderea totală a memoriei este mai comună în cazul abuzurilor sexuale din copilărie, având o incidență de 19-38%. Această chestiune nu este neapărat controversată: încă din anul 1980, DSM-III a recunoscut existența pierderilor de memorie în rândul criteriilor de diagnosticare a amneziei disociative: „O incapacitate de a-ți aduce aminte informații personale importante, de regulă de natură traumatică sau stresantă, prea extensivă pentru a putea fi explicată printr-o uitare normală". Pierderile de memorie au fost acceptate ca criteriu pentru SSPT încă de la introducerea acestui diagnostic.

Unul dintre cele mai interesante studii ale memoriei reprimate a fost realizat de dr. Linda Meyer Williams, care l-a început când era studentă la sociologie la Universitatea din Pennsylvania, pe la începutul anilor 70. Williams a intervievat 206 fete cu vârste cuprinse între 10 și 12 ani, care au fost internate într-un spital după un abuz sexual. Testele de laborator și interviurile luate copiilor și părinților lor au fost păstrate în dosarele medicale ale spitalului. 17 ani mai târziu, Williams a reușit să identifice 136 din foștii copii, deveniți între timp adulți, pe care i-a intervievat extensiv. Peste o treime dintre femei (38%) nu și-au mai amintit de abuzul documentat în fișele lor medicale, iar 15 dintre ele (12%) au declarat că nu au fost abuzate niciodată în copilărie. Peste două treimi (68%) au raportat alte abuzuri sexuale pe care le-au suferit în copilărie. Fetele cele mai predispuse să uite ce s-a întâmplat au fost cele mai tinere în momentul traumei și cele care au fost molestate de o persoană cunoscută.

Printre altele, acest studiu a examinat credibilitatea amintirilor recuperate. Una din zece femei (16% din totalul celor care și-au reamintit abuzul) au raportat că au uitat de el pentru o vreme, dar și l-au reamintit mai târziu. Prin comparație cu femeile care și-au reamintit tot timpul molestarea la care au fost supuse, cele care au uitat o vreme de ea au fost mai tinere în momentul abuzului și au fost mai puțin susținute moral de mama lor. Williams a stabilit că amintirile

recuperate erau aproximativ la fel de corecte ca și cele care nu s-au pierdut niciodată: toate amintirile femeilor au fost corecte în privința incidentului central, dar niciuna din poveștile lor nu a corespuns cu toate detaliile documentate în fișele lor medicale.

Descoperirile lui Williams sunt confirmate de studiile recente din domeniul neuroștiinței, care arată că amintirile recuperate tind să revină modificate. Atât timp cât o amintire este inaccesibilă, mintea este incapabilă să o schimbe, dar atunci când o poveste începe să fie spusă, ea se modifică cu fiecare nouă relatare. Mintea nu poate decât să dea sens lucrurilor cunoscute, iar semnificația pe care o dăm vieții noastre ne modifică amintirile.

Dată fiind abundența dovezilor care arată că o traumă poate fi uitată și reamintită peste ani, cum se face că aproape o sută de oameni de știință specializați în memorie și-au pus în balanță reputația, semnând apelul pentru inversarea condamnării Părintelui Shanley și susținând că „amintirile reprimate" sunt o „știință de doi bani"? Dat fiind că pierderea memoriei și reamintirea cu întârziere a experiențelor traumatice nu au fost documentate niciodată într-un laborator, unii specialiști cognitivi au negat cu vehemență existența acestor fenomene, sau faptul că amintirile traumatice recuperate ar putea fi corecte. Ceea ce observă medicii în saloanele lor de urgență, în cabinetele psihiatrice și pe câmpul de luptă nu este însă totuna cu ceea ce observă oamenii de știință în laboratoarele lor sigure și bine organizate.

Spre exemplu, gândește-te puțin la așa-numitul experiment intitulat „Pierdut în mall". Cercetătorii academici au arătat că este relativ ușor să implantezi cuiva o amintire a unui eveniment care nu s-a petrecut niciodată, cum ar fi faptul că s-a pierdut într-un mall când era mic. Circa 25% dintre subiecții din aceste studii și-au „amintit" mai târziu cât de speriați s-au simțit atunci când s-au pierdut, ba chiar au inventat detaliile lipsă. Astfel de reamintiri nu au însă nimic de-a face cu teroarea viscerală pe care o experimentează un copil care s-a pierdut într-adevăr de părinții săi.

Alte studii au documentat lipsa de credibilitate a martorilor oculari. Subiecților din aceste studii li se arată un film video cu o mașină care merge pe o stradă, după care sunt întrebați dacă au văzut semnul „Stop" sau un semafor. Copiii sunt întrebați ce haine purta un vizitator de sex masculin din clasa lor. Alte experimente legate de martorii oculari au demonstrat că întrebările puse martorilor

pot modifica datele amintirilor lor. Aceste studii nu sunt lipsite de valoare, întrucât au pus la îndoială multe practici ale poliției și procurorilor, dar adevărul este că ele nu au cine știe ce relevanță pentru memoria traumatică.

Chestiunea fundamentală este următoarea: evenimentele care se produc în laborator nu pot fi considerate echivalente cu condițiile în care sunt create amintirile traumatice. Teroarea și neajutorarea asociate cu SSPT pur și simplu nu pot fi induse în astfel de condiții. Tot ce putem face noi este să studiem efectele traumelor deja produse în condiții de laborator, precum în studiile bazate pe prezentarea de imagini pentru producerea de flash-uri de memorie, dar amprenta originală a unei traume nu poate fi creată în condiții de laborator. Dr. Roger Pitman a realizat un studiu la Harvard în cadrul căruia le-a arătat studenților un film numit *Fețele morții*, care conținea imagini reale ale unor morți violente și execuții. Filmul (interzis la ora actuală) este absolut extrem, fiind aprobat cu greu de comitetul instituțional însărcinat cu aprobarea studiului, dar nu i-a determinat pe voluntarii normali ai lui Pitman să dezvolte simptome SSPT. Dacă dorești să studiezi memoria traumatică, tot ce poți face este să studiezi amintirile oamenilor care au fost efectiv traumatizați.

Este interesant faptul că după ce profitabilitatea și entuziasmul produse de mărturiile experților în tribunale s-a diminuat, controversa „științifică" a dispărut la rândul ei, iar clinicienii au fost lăsați să trateze în continuare daunele produse de amintirile traumatice.

AMINTIRI NORMALE VERSUS AMINTIRI TRAUMATICE

În anul 1994, am decis împreună cu colegii mei de la Spitalul General din Massachusetts să facem un studiu sistematic în care să comparăm maniera în care își amintesc oamenii experiențele plăcute și cele oribile. În acest scop, am dat anunțuri în ziarele locale și am lipit fluturași în spălătoriile publice și pe panourile studențești, pe care scria: „Ți s-a întâmplat ceva groaznic, ce nu îți poți scoate din minte? Sună la 727-5500, iar noi îți vom plăti 10 dolari pentru participarea la acest studiu." S-au prezentat 76 de voluntari.

După ce ne-am prezentat, am început prin a-i întreba pe participanți: „Ne poți povesti un eveniment din viața ta pe care crezi că ți-l vei aminti întotdeauna, dar care nu a fost traumatic?" O participantă

a-a ridicat şi ne-a răspuns: „Ziua în care s-a născut fiica mea." Alţii au menţionat ziua nunţii, un meci în care au jucat cu o echipă care a câştigat sau faptul că au ţinut discursul de la sfârşitul liceului în faţa colegilor lor, a părinţilor acestora şi a profesorilor. Le-am cerut apoi participanţilor să se focalizeze asupra anumitor detalii senzoriale specifice de la evenimentele respective, cum ar fi: „Ţi se întâmplă vreodată să îţi aminteşti subit şi foarte clar cum arăta soţul tău în ziua nunţii voastre?" Toate răspunsurile au fost negative. „Dar felul în care i-ai simţit corpul soţului tău în noaptea nunţii?" (Am primit nişte priviri încruntate la această întrebare.) Am continuat: „Ţi se întâmplă vreodată să îţi aminteşti cu mare precizie discursul pe care l-ai ţinut în ziua absolvirii liceului?" „Trăieşti vreodată senzaţii intense care îţi amintesc de naşterea primului tău copil?" Toate răspunsurile au fost negative.

Le-am pus apoi participanţilor întrebări legate de traumele care i-au făcut să răspundă apelului nostru, cele mai multe dintre ele violuri. „Îţi aminteşti vreodată cum mirosea cel care te-a violat?" „Experimentezi vreodată senzaţii fizice identice cu cele pe care le-ai trăit atunci când ai fost violată?" Astfel de întrebări au generat răspunsuri extrem de emoţionale: „Din această cauză nu mă mai duc la petreceri, căci mirosul de alcool din respiraţia cuiva mă face să mă simt din nou violată" sau „Nu mai pot face dragoste cu soţul meu, căci atunci când mă atinge în anumite locuri mă simt din nou violată".

Au existat două diferenţe majore între maniera în care au povestit oamenii despre amintirile experienţelor lor pozitive, prin comparaţie cu cele traumatice: „1) maniera de organizare a amintirilor, şi 2) reacţiile lor fizice în raport cu ele. Participanţii şi-au reamintit nunţile, naşterile şi ceremoniile de absolvire ca pe nişte evenimente din trecut, respectiv ca pe nişte poveşti cu un început, o parte de mijloc şi un sfârşit. Nimeni nu a declarat că au existat în viaţa sa perioade în care a uitat complet de aceste evenimente.

La antipod, amintirile traumatice au fost dezorganizate. Subiecţii noştri şi-au adus aminte extrem de clar de anumite detalii (cum ar fi mirosul violatorului sau tăietura din fruntea unui copil decedat), dar nu şi-au putut aminti suita evenimentelor sau alte detalii vitale (de pildă, prima persoană care a venit să îi ajute, dacă au fost duşi la spital cu ambulanţa sau cu maşina poliţiei etc.).

I-am întrebat de asemenea pe participanți cum și-au reamintit trauma suferită în trei momente din timp: imediat după ce s-a întâmplat; în momentele în care se simțeau foarte afectați de simptomele lor; și în săptămâna de dinaintea studiului. Toți participanții traumatizați au declarat că nu au putut spune nimănui cu precizie ce li s-a întâmplat imediat după eveniment. (Acest lucru nu va surprinde pe niciun medic care a lucrat vreodată într-o clinică de urgență sau într-o ambulanță: oamenii aduși imediat după un accident de mașină în care un copil sau un prieten a fost ucis stau într-o stare de șoc, copleșiți de teroare.) Aproape toți participanții au avut amintiri repetate sub formă de flash-uri: imagini, sunete, senzații și emoții care i-au copleșit. Pe măsură ce a trecut timpul, în mintea lor s-au activat alte detalii senzoriale și sentimente, pe care cei mai mulți dintre ei le-au putut ordona din ce în ce mai bine. Ei au început astfel să „știe" ce li s-a întâmplat, putând povesti evenimentul traumatic altor persoane – poveste pe care noi o numim „amintirea traumei".

Treptat, frecvența imaginilor și flash-urilor a scăzut, dar participanții au putut pune mai bine cap la cap detaliile și suita lor. Până în momentul studiului, 85% dintre ei erau capabili să spună o poveste coerentă, cu un început, o parte de mijloc și un sfârșit. Doar câțiva dintre ei nu reușeau să își aducă aminte diferite detalii semnificative. Cele mai fragmentate povești le aparțineau celor cinci participante care au fost abuzate în copilărie. Amintirile lor încă mai apăreau sub formă de imagini, senzații fizice și emoții intense.

În esență, studiul nostru a confirmat sistemul memoriei duale pe care l-au descris Janet și colegii săi de la Salpêtrière cu mai bine de 100 de ani în urmă: amintirile traumatice sunt fundamental diferite de poveștile pe care ni le spunem cu toții în legătură cu trecutul nostru. Ele sunt disociate: diferitele senzații care au pătruns în creier în momentul traumei nu sunt asamblate corect într-o poveste sau un fragment autobiografic.

Dar poate cea mai importantă descoperire a studiului nostru a fost aceea că reamintirea traumei și a efectelor asociate cu ea nu o vindecă neapărat, așa cum au pretins Breuer și Freud în anul 1893. Studiul nostru nu a confirmat ideea că limbajul poate fi un substitut pentru acțiune. Cei mai mulți dintre participanți au putut relata povestea coerentă a traumei suferite și au experimentat durerea asociată cu ea, dar au continuat să fie bântuiți de numeroase imagini și

senzații fizice insuportabile. Cercetările din domeniul tratamentului contemporan prin expunere, una din principalele metode aplicate în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, au condus la rezultate la fel de dezamăgitoare: marea majoritate a pacienților tratați prin această metodă continuă să aibă simptome SSPT grave la trei luni de la încheierea tratamentului. Așa cum vom vedea, găsirea cuvintelor pentru a descrie ceea ce ți s-a întâmplat poate fi transformatoare, dar nu anulează întotdeauna amintirile sub formă de flash-uri și nu îmbunătățește neapărat concentrarea, nu stimulează implicarea vitală în propria ta viață și nu reduce hipersensibilitatea în fața dezamăgirilor și a rănilor percepute.

ASCULTAREA SUPRAVIEȚUITORILOR

Nimeni nu dorește să își reamintească o traumă. În această privință, societatea nu diferă cu nimic de victimele propriu-zise. Cu toții ne dorim să trăim într-o lume sigură, previzibilă și ușor de gestionat, dar victimele ne reamintesc că lucrurile nu stau întotdeauna așa. Pentru a înțelege trauma, noi trebuie să ne depășim însă reticența naturală de a ne confrunta cu o astfel de realitate, culrivându-ne curajul de a asculta mărturiile supraviețuitorilor.

În cartea sa, *Mărturiile Holocaustului: Ruinele memoriei* (1991), Lawrence Langer descrie activitatea sa în cadrul Arhivei Video Fortunoff de la Universitatea Yale: „Ascultând relatările despre Holocaust, putem scoate la iveală un mozaic de dovezi veșnic incomplete. Ne luptăm cu începutul unei povești neterminate și pline de goluri, confruntându-ne cu spectacolul oferit de martorii reduși adeseori la tăcere din cauza solicitărilor copleșitoare ale memoriei lor profunde". După cum spune unul din martorii săi: „Dacă nu ai fost acolo, este foarte greu de descris. Una este să funcționezi într-un astfel de stres, și cu totul altceva să comunici și să transmiți aceste lucruri unei persoane care nu are habar că pe pământ poate exista un grad de brutalitate atât de mare, și căreia povestea ta i se pare o fantezie."

O altă supraviețuitoare, Charlotte Delbo, își descrie existența dual de după Auschwitz: „Sinele care a fost în lagăr nu sunt eu. El nu este persoana care stă aici, față în față cu tine. Nu, acest lucru ar fi prea neverosimil. Tot ce i s-a întâmplat acestui sine diferit, cel de

la Auschwitz, nu mă atinge acum pe *mine*, nu are nimic de-a face cu mine; atât de distincte sunt amintirile profunde de memoria comună... Fără această diviziune, nu m-aș fi putut întoarce niciodată la viață." Ea comentează faptul că până și cuvintele au o semnificație dublă: „În caz contrar, cineva [care a fost în lagăr] torturat prin înfometare săptămâni la rând nu ar mai putea spune niciodată: „Mi-e sete. Hai să bem o ceașcă de ceai împreună." Setea [de după război] a redevenit pentru el un termen cutent. Pe de altă parte, atunci când îmi visez din nou setea pe care am simțit-o la Birkenau [lagărul de exterminare afiliat Auschwitzului], mă văd așa cum eram atunci: rătăcită, lipsită de rațiune, împleticindu-mă."

Langer conchide: „Cine poate găsi un mormânt adecvat pentru acest mozaic deteriorat al minții, pentru ca aceste fragmente distruse să se poată odihni în pace? Viața merge mai departe, dar în două direcții temporale simultan, căci viitorul nu poate scăpa de povara unei amintiri copleșite de durere."

Esența traumei constă în faptul că este copleșitoare, de necrezut și insuportabilă. Fiecare pacient ne cere să ne suspendăm percepția normalității și să acceptăm faptul că avem de-a face cu o realitate dublă: cea a prezentului relativ sigur și previzibil și cea a trecutului ruinat și omniprezent, care nu dispare niciodată.

POVESTEA LUI NANCY

Puțini pacienți au reușit să transpună în cuvinte această realitate dublă la fel de bine ca Nancy, directoarea asistentelor medicale dintr-un spital din Midwest care a venit la Boston de câteva ori ca să se consulte cu mine. La scurt timp după ce a născut al treilea copil al său, Nancy a efectuat o operație de rutină fără internare: o ligatură tubară laparoscopică, care constă în cauterizarea trompelor uterine, pentru a evita sarcinile viitoare. Dat fiind că nu a primit însă suficient anestezic, ea s-a trezit după începerea operației și a rămas conștientă până aproape de sfârșit, intrând din când în când în ceea ce ea a numit „un somn ușor" sau un „vis", iar alteori experimentând plenar oroarea situației sale. Ea nu a putut alerta echipa de medici prin mișcări sau verbal, întrucât aceasta i-a administrat la început un relaxant muscular standard pentru a preveni contracțiile musculare în timpul operației chirurgicale.

La ora actuală se estimează că un anumit grad de „conștientizare sub anestezie" se manifestă la aproximativ 30.000 de pacienți supuși operațiilor chirurgicale din Statele Unite în fiecare an, iar anterior am depus mărturie la tribunal pentru mai mulți oameni care au fost traumatizați de experiență. Nancy nu dorea însă să își dea în judecată chirurgul sau anestezistul, ci doar să își aducă în lumina conștiinței realitatea traumei pentru a se elibera de intruziunile ei în viața sa de zi cu zi. Doresc să închei acest capitol prin citarea mai multor pasaje dintr-o serie remarcabilă de e-mailuri în care Nancy mi-a descris călătoria ei epuizantă către vindecare.

Inițial, Nancy nu a știut ce i s-a întâmplat. „Când m-am dus acasă în acea zi eram încă amețită. Am reușit să îmi conduc gospodăria ca de obicei, dar nu mi se părea că sunt vie sau că sunt reală. În acea noapte am avut probleme cu somnul. Zile la rând, am rămas în micul meu univers deconectat. Nu puteam folosi uscătorul de păr, aparatul de prăjit pâinea, cuptorul sau orice alt aparat care încălzea. Nu mă puteam concentra la ceea ce făceau sau îmi spuneau ceilalți oameni. De altfel, pur și simplu nu-mi mai păsa. Eram incredibil de anxioasă. Am început să dorm din ce în ce mai puțin. Eram conștientă că mă comport ciudat și încercam să înțeleg ce anume mă înspăimânta atât de tare.

În cea de-a patra noapte de după operație, în jurul orei 3:00 dimineața, am început să înțeleg ce însemna visul pe care îl trăiam tot timpul, referitor la conversațiile pe care le auzeam în sala de operație. M-am proiectat instantaneu înapoi în sală și mi-am simțit corpul paralizat arzând. Am intrat într-o stare de teroare și de oroare." Începând din acel moment, continuă Nancy, amintirile și flash-urile au erupt pur și simplu în viața ei.

„A fost ca și cum o ușă s-ar fi întredeschis, permițând intruziunile. Simțeam o curiozitate amestecată cu o dorință intensă de a evita reamintirea experienței trăite. Am continuat să am temeri iraționale. Îmi era o frică de moarte să adorm și experimentam o senzație de teroare ori de câte ori vedeam culoarea albastru. Din păcate, soțul meu a fost nevoit să suporte crizele mele. Îmi descărcam nervii pe el, deși aceasta era ultimul lucru pe care mi-aș fi dorit să îl fac. Dormeam cel mult 2-3 ore, iar în timpul zilei retrăiam ore în șir amintirea operației, sub formă de flash-uri. Am rămas cronic hiperalertă, simțindu-mă amenințată de propriile mele gânduri și dorindu-mi să scap de ele.

Am slăbit 10 kilograme în trei săptămâni. Mulți oameni îmi spuneau că arăt foarte bine.

Am început să cred că voi muri. Mi-am creat o perspectivă extrem de distorsionată a vieții mele, în care toate succesele mele păreau diminuate și toate eșecurile amplificate. Îmi răneam adesea soțul și am descoperit că nu îmi puteam proteja nici măcar copiii de crizele mele de furie.

La trei săptămâni după operație m-am întors să lucrez la spital. Prima dată când am văzut pe cineva într-un halat de chirurg a fost într-un lift. Mi-am dorit instantaneu să ies din ascensor, dar de bună seamă că nu am putut. Am simțit apoi nevoia irațională de a-l lovi pe acel bărbat. Am reușit cu un efort considerabil să mă abțin. Acest episod mi-a declanșat și mai multe flash-uri, stări de teroare și de disociere. Când m-am întors acasă în acea zi de la lucru, am plâns tot timpul. Ulterior, am devenit adepta evitării. Nu mai urcam cu liftul, nu mă duceam niciodată la cantină și evitam cu strictețe etajele departamentului de chirurgie."

Încetul cu încetul, Nancy a reușit să pună cap la cap flash-urile și să își creeze o amintire coerentă, deși oribilă, a intervenției sale chirurgicale. Ea și-a reamintit asigurările primite de la asistente și scurta perioadă de somn care a urmat după ce a fost anesteziată. În continuare, și-a adus aminte că s-a trezit.

„Întreaga echipă de medici râdea de o poveste amoroasă a uneia dintre asistente. Momentul a coincis cu prima incizie chirurgicală. Am simțit împunsătura bisturiului, apoi tăietura și sângele cald care îmi curgea pe piele. Am încercat cu disperare să mă mișc, să spun ceva, dar corpul meu refuza să mă asculte. Nu puteam înțelege ce se întâmpla cu mine. Simțeam o durere profundă în zona operată. Știam că nu ar fi trebuit să simt toate aceste lucruri."

În continuare, Nancy și-a reamintit cum cineva „i-a umblat prin pântec" și a identificat acest lucru cu plasarea instrumentelor laparoscopice. Ea a simțit apoi legarea tubului stâng. „Subit, am simțit o durere arzătoare intensă. Am încercat să mă salvez, dar instrumentul de cauterizare și-a văzut de treabă, arzându-mă incontinuu. Pur și simplu nu există cuvinte pentru a descrie oroarea acestei experiențe. Durerea nu avea nimic comun cu orice altă durere pe care am simțit-o vreodată până atunci, cum ar fi aceea a unei fracturi sau a nașterii naturale. Ea a început ca o durere extremă, după

care a continuat fără pauză în timp ce îmi ardea lent trompa uterină. Durerea provocată de tăietura bisturiului a pălit prin comparație cu ceea ce am simțit atunci.

În continuare, trompa mea dreaptă a simțit impactul inițial al aparatului de cauterizare. Când i-am auzit pe medici râzând, am uitat pentru o clipă unde mă aflam. Mi s-a părut că sunt într-o cameră de tortură, și nu puteam înțelege de ce eram torturată de acești oameni fără a mi se cere măcar informații... Lumea mea s-a redus la o sferă minusculă în jurul mesei de operație. Timpul nu mai exista deloc pentru mine – nici trecutul, nici viitorul. Nu mai existau decât durerea, teroarea și oroarea. M-am simțit izolată de întreaga umanitate, profund singură, în pofida oamenilor din jurul meu. Sfera se închidea, sufocându-mă.

În agonia mea, trebuie să fi făcut o mișcare. Am auzit-o pe infirmiera anestezistă spunându-i medicului anestezist că eram pe punctul de a mă trezi. Acesta i-a ordonat să mai îmi dea niște medicamente, după care a adăugat șoptit: „Nu trebuie să treci incidentul în fișă." Aceasta a fost ultimul lucru pe care mi-l amintesc."

În ultimele e-mailuri pe care mi le-a adresat, Nancy a încercat să surprindă realitatea existențială a traumei sale.

„Doresc să îți descriu cum percep eu o amintire sub formă de flash. Este ca și cum timpul ar fi distorsionat sau ar face o cută, permițând trecutului să fuzioneze cu prezentul, ca și cum aș fi transportată din nou în trecut, cu tot cu corpul meu fizic. Toate simbolurile asociate cu trauma îmi apar profund contaminate (chiar dacă sunt benefice în realitate). De aceea, le urăsc, mă tem de ele, le-aș distruge dacă aș putea, iar de vreme ce nu pot, le evit. Spre exemplu, am ajuns să percep orice obiect din fier – o jucărie, un fier de călcat sau un aparat pentru ondularea părului – ca pe un instrument de tortură. Ori de câte ori văd un halat al unui medic chirurg, devin disociată, confuză, mi se face rău la nivel fizic și uneori mă înfurii de moarte.

Căsnicia mea se destramă sub ochii mei. Am ajuns să îl asociez pe soțul meu cu acei oameni fără inimă care râdeau [echipa chirurgicală] și care m-au rănit. Exist tot timpul într-o stare dualâ. Trăiesc o stare generalizată de amorțeală, care mă înfășoară ca o pătură, și totuși, atingerea unui copil mic mă cheamă înapoi în această lume. Pentru o clipă, sunt prezentă și parte din viață, nu doar un observator al ei.

Interesant este că la serviciu pot funcționa destul de bine, și primesc tot timpul aprecieri pozitive. Viața merge mai departe, chiar dacă este bazată pe falsitate.

Această existență dublă mi se pare stranie și bizară, obosindu-mă. Nu pot renunța însă la viață, și nu mă pot amăgi singură spunându-mi că dacă voi ignora bestia aceasta va dispărea de la sine. Am crezut de multe ori că mi-am amintit toate incidentele legate de operație pentru a descoperi de fiecare dată ceva nou.

Există foarte multe fragmente din acele 45 de minute din viața mea care mi-au rămas necunoscute. Amintirile mele sunt încă incomplete și fragmentate, dar nu mai consider că trebuie să știu totul pentru a înțelege ce mi s-a întâmplat.

Atunci când teama mea pălește, îmi dau seama că o pot gestiona, dar o parte din mine continuă să se îndoiască de acest lucru. Atracția către trecut este încă foarte puternică. Aceasta este latura întunecată a vieții mele, și trebuie să o vizitez din când în când. Lupta pare să fie o modalitate de a ști că am supraviețuit – o reiterare a luptei pentru supraviețuire – pe care se pare că am câștigat-o, dar pe care nu mi-o pot asuma."

Unul din primele indicii ale recuperării a apărut atunci când Nancy a avut nevoie de o altă operație chirurgicală. Ea a ales în acest scop un spital din Boston, a solicitat o întrunire preoperativă cu chirurgii și îndeosebi cu medicul anestezist pentru a discuta cu ei despre experiența ei anterioară și a cerut să particip și eu la operație. Pentru prima dată în viața mea, mi-am pus pe mine un halat chirurgical și am însoțit-o pe Nancy în sala de operații, unde a fost anesteziată. De această dată, eu s-a trezit din somnul indus într-o stare de siguranță.

Doi ani mai târziu, i-am scris lui Nancy și i-am cerut permisiunea de a-i folosi relatarea referitoare la anestezie în acest capitol. În răspunsul pe care mi l-a trimis, ea și-a actualizat progresul referitor la recuperare: „Mi-aș dori să pot spune că operația la care ai avut amabilitatea de a participa mi-a pus capăt suferinței. Din păcate, nu a fost cazul. După circa șase luni am făcut două alegeri care s-au dovedit a fi providențiale. Am renunțat la terapeutul meu CBT[1] și am început să lucrez cu un psihiatru psihodinamic; de asemenea, m-am înscris într-un curs de Pilates.

[1] CBT – terapie cognitiv-comportamentală. (n. tr.)

În ultima lună de terapie, mi-am întrebat psihiatrul de ce nu a încercat să mă repare, așa cum au procedat (fără succes) ceilalți terapeuți. Mi-a răspuns că date fiind realizările mele legate de copiii și de cariera mea, a presupus că am o rezistență suficient de mare pentru a mă vindeca singură, dacă îmi crea cadrul necesar acestui scop. Acesta consta într-o oră pe săptămână, care a devenit un refugiu pentru mine și în care încercam să înțeleg misterul dramaticei mele deteriorări, reconstruindu-mi un nou simț al identității care să fie integral, nu fragmentat, și senin, nu chinuit. Cursul de Pilates m-a ajutat să îmi descopăr un nucleu fizic mai puternic, dar și o comunitate de femei care mi-au oferit de bunăvoie acceptarea și suportul lor social pe care le-am ținut la distanță după trauma suferită. Această combinație de factori care mi-au întărit nucleul – psihologici, sociali și fizici – mi-a creat un sentiment de siguranță personală și autocontrol, proiectându-mi amintirile într-un trecut îndepărtat și permițând prezentului și viitorului să prevaleze în viața mea."

PARTEA A CINCEA:

CĂI SPRE RECUPERARE

Capitolul 13

VINDECAREA DE TRAUMĂ: REASUMAREA IDENTITĂȚII DE SINE

Nu merg la psihoterapie pentru a afla dacă sunt un ciudat
Merg și descopăr același răspuns în fiecare săptămână,
Iar când vorbesc despre terapie, știu că oamenii cred
Că te face să devii egoist și să te îndrăgostești de terapeut,
Dar vai, cât de mult am ajuns să îl iubesc pe toți ceilalți oameni
După ce am putut vorbi pe larg despre mine însumi.

– Dar Williams, *Ce auzi în această sunetă?*

Nimeni nu poate „trata" un război, un abuz, un viol, o molestare sau alte evenimente oribile. Ceea ce s-a întâmplat nu mai poate fi anulat. Ceea ce *putem* face noi totuși este să alinăm impresiile lăsate de acest eveniment asupra corpului, minții și sufletului: senzațiile de contracție din zona pieptului, etichetate adeseori drept anxietate sau depresie; teama de a-ți pierde controlul; veșnica alertă în privința unui potențial pericol sau a unei respingeri; disprețul de sine; coșmarurile și amintirile sub formă de flash-uri; ceața mentală care te împiedică să îți duci la bun sfârșit sarcinile și să te angajezi plenar în ceea ce faci; incapacitatea de a-ți deschide inima în fața altei ființe umane.

Trauma te privează de sentimentul că deții controlul asupra ta, sau ceea ce voi numi în capitolele care urmează autocontrolul propriei vieți. Provocarea recuperării constă în restabilirea proprietății asupra corpului și a minții tale, adică a sinelui tău. Pe scurt, acest lucru înseamnă să te simți liber să știi ceea ce știi și să simți ceea ce

simți, fără a te simți copleșit, furios, rușinat sau incremenit. Pentru cei mai mulți dintre oameni, acest lucru înseamnă: 1) să descopere o modalitate de a rămâne calmi și focalizați; 2) să învețe să mențină această stare de calm în fața imaginilor, gândurilor, sunetelor sau senzațiilor fizice care le reamintesc de trecut; 3) să descopere o modalitate de a trăi plenar în momentul prezent și de a se integra în mijlocul oamenilor din jur; și 4) să nu păstreze secrete legate de sine, inclusiv de maniera în care au reușit să supraviețuiască.

Aceste obiective nu sunt pași ce trebuie realizați unul câte unul, pe rând, într-o suită fixă. Ele se suprapun, iar unele pot fi mai dificile decât altele, în funcție de circumstanțele personale ale fiecăruia. În toate capitolele care vor urma voi discuta despre diferite metode sau abordări specifice pentru realizarea lor. Am încercat să scriu aceste capitole într-o manieră care să le fie utilă atât supraviețuitorilor traumelor cât și terapeuților care îi tratează. Chiar și cei aflați într-o stare de stres temporar le pot găsi utile. Am aplicat pe scară largă toate aceste metode pacienților mei și le-am folosit cu însumi. Unii oameni se simt mai bine doar prin aplicarea unei singure metode, dar cei mai mulți dintre ei sunt ajutați de abordări diferite în diferitele etape ale procesului lor de recuperare.

Am realizat studii științifice despre multe din tratamentele pe care le voi descrie în continuare și mi-am publicat descoperirile în reviste științifice recenzate de colegii mei. Scopul meu în acest capitol este de a-ți prezenta o privire de ansamblu asupra principiilor care stau la baza acestor metode de tratament, o perspectivă asupra acestora și câteva scurte comentarii referitoare la metodele pe care nu intenționez să le descriu în detaliu.

O NOUĂ PERSPECTIVĂ ASUPRA PROCESULUI DE RECUPERARE

Atunci când discutăm despre trauma pacientului nostru, noi începem adeseori cu o relatare sau cu o întrebare de gen: „Ce s-a întâmplat în timpul războiului?", „Ai fost molestat vreodată?", „Îngăduie-mi să îți povestesc despre cutare accident sau viol", sau „A fost cineva din familia ta un alcoolic înveterat?". Trauma înseamnă însă mult mai mult decât o simplă poveste referitoare la ceva ce s-a petrecut cu foarte mult timp în urmă. Emoțiile și senzațiile fizice

imprimate în timpul traumei nu sunt experimentate sub formă de amintiri, ci ca reacții fizice care perturbă prezentul.

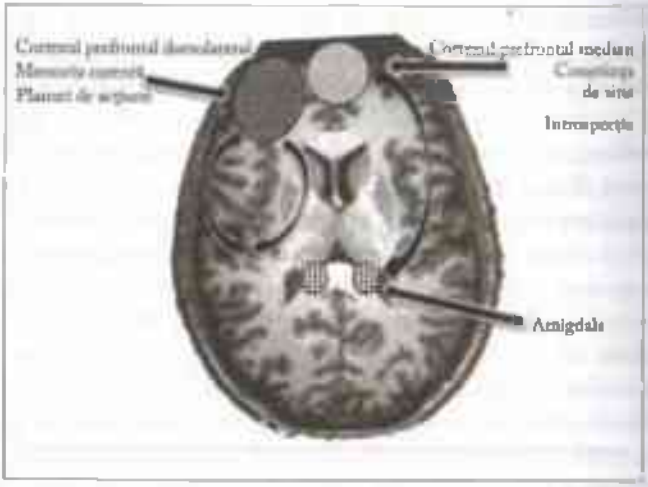
Pentru a-ți redobândi controlul asupra propriului sine, este necesar să îți reexaminezi trauma. Mai devreme sau mai târziu, trebuie să te confrunți cu ceea ce ți s-a întâmplat, dar numai dacă te simți în siguranță, fără a fi din nou traumatizat de amintirea respectivă. Primul lucru pe care trebuie să îl faci este să găsești o modalitate de a nu te mai simți copleșit de senzațiile și de emoțiile asociate cu trecutul tău.

Așa cum am arătat în părțile precedente ale cărții, motoarele reacțiilor posttraumatice sunt localizate în creierul emoțional. Spre deosebire de cel rațional, care se exprimă prin gânduri, creierul emoțional se manifestă prin reacții fizice: senzații viscerale, palpitații ale inimii, o respirație rapidă și superficială, sentimentul de inimă rănită, vorbirea cu o voce rigidă și răgușită, precum și anumite mișcări caracteristice ale corpului care arată starea de colaps, rigiditate, furie sau autoapărare.

De ce nu putem fi noi raționali în astfel de cazuri? Ajută cu ceva înțelegerea? Creierul rațional și executiv ne poate ajuta să înțelegem de unde provin sentimentele noastre (de gen: „Mă sperii atunci când mă apropii de un bărbat deoarece am fost molestată de tatăl meu" sau „Nu reușesc să îmi exprim iubirea față de fiul meu deoarece mă simt vinovat din cauză că am ucis un copil în Irak"). Cu toate acestea, creierul rațional nu poate *anula* emoțiile, senzațiile sau gândurile (cum ar fi sentimentul constant de pericol sau că ești o persoană teribilă, chiar dacă din punct de vedere rațional știi foarte bine că nu tu ești vinovată pentru că ai fost violată). Înțelegerea *motivelor* pentru care simți un anumit lucru nu schimbă cu nimic *ceea ce* simți. Ea te poate ajuta totuși să nu te abandonezi reacțiilor tale cele mai intense (spre exemplu, să nu îți agresezi șeful care îți reamintește de abuzatorul tău, să nu te desparți de iubit de la prima neînțelegere cu acesta sau să nu te arunci în brațele unui străin). Pe de altă parte, cu cât suntem mai extenuați, cu atât mai mult preiau controlul asupra noastră emoțiile, în detrimentul gândurilor.

TERAPIA SISTEMULUI LIMBIC

Problema fundamentală pentru rezolvarea stresului traumatic este restabilirea echilibrului adecvat între creierul rațional și cel



Accesarea creierului emoțional. Partea rațională și analitică a creierului, centrată în cortexul prefrontal dorsolateral, nu are conexiuni directe cu creierul emoțional, în care rezidă marea majoritate a amprentelor traumei, dar cortexul prefrontal median (centrul conștiinței de sine) are astfel de conexiuni.

emoțional, astfel încât să simți că îți controlezi reacțiile și viața. Atunci când intrăm într-o stare de hiper sau hipoexcitație, noi ieșim din „fereastra de toleranță" a funcționării optime și devenim reactivi și dezorganizați. Filtrele noastre nu mai funcționează: suntem deranjați de sunete și de lumini, în mintea noastră pătrund imagini nedorite și intrăm în panică sau facem o criză de furie. Dacă ne blocăm, corpul și mintea noastră încremenesc, gândirea ne devine greoaie și avem probleme să ne ridicăm de pe scaun.

Atât timp cât cineva este hiper-excitat sau blocat, el nu mai poate învăța din experiență. Chiar dacă reușește să își păstreze controlul, el devine atât de încordat (Alcoolicii Anonimi numesc această stare „stare de trezie cu pumnii strânși") încât devine inflexibil, încăpățânat și deprimat. Recuperarea în urma unei traume presupune restabilirea funcției executive, și implicit a încrederii în sine, a capacității de distracție și a spiritului creativ.

Dacă dorim să schimbăm reacțiile posttraumatice, noi trebuie să accesăm creierul emoțional și să aplicăm „terapia sistemului limbic", să reparăm sistemele care creează alarme false și să restaurăm creierul

emoțional, astfel încât acesta să își reia funcția obișnuită de prezență tacită de fundal care se ocupă de gospodăria corpului, asigurându-se că mănânci, dormi, te conectezi cu parteneri intimi, îți protejezi copiii și te aperi împotriva pericolelor.

Neurologul Joseph LeDoux și colegii săi au arătat că singura modalitate prin care putem accesa într-o manieră conștientă creierul emoțional este conștiința de sine, respectiv activarea cortexului prefrontal median, acea parte a creierului care observă ce se întâmplă în interiorul nostru, permițându-ne să simțim ceea ce simțim. (Termenul tehnic pentru acest proces este „introspecție" – un cuvânt latin care înseamnă „a privi în interior".) Cea mai mare parte a creierului conștient este dedicată focalizării asupra lumii exterioare, asupra înțelegerii cu ceilalți oameni și a planurilor de viitor. Acest proces nu ne ajută însă să ne gestionăm propria ființă. Cercetările din domeniul neuroștiinței au arătat că singura modalitate prin care putem schimba ceea ce simțim constă în a deveni conștienți de experiențele noastre *interioare* și în a învăța să ne împrietenim cu ceea ce se întâmplă în interiorul nostru.

ÎMPRIETENIREA CU CREIERUL EMOȚIONAL

1. TRATAREA HIPEREXCITAȚIEI

În deceniile din urmă, psihiatria s-a focalizat asupra folosirii medicamentelor pentru a schimba ceea ce simțim. Aceasta a devenit metoda acceptată oficial de gestionare a hiper și hipoexcitației. Voi discuta despre medicamente ceva mai târziu în acest capitol, dar până atunci doresc să insist asupra faptului că noi dispunem de un întreg mecanism interior care ne ajută să ne păstrăm starea de echilibru. În capitolul 5 am văzut cum sunt înregistrate emoțiile în organism. Circa 80% din fibrele nervului vag (care conectează creierul cu multe din organele interne) sunt aferente, adică fac legătura între corp și creier. Cu alte cuvinte, noi ne putem antrena direct sistemul de excitație prin felul în care respirăm, rostim incantații și ne mișcăm, principiu aplicat încă din timpuri imemoriale în țări precum China și India, precum și în toate practicile religioase de care am auzit, fiind privit însă cu suspiciune de cultura noastră, care îl consideră o modalitate „alternativă" de tratament.

În cadrul unor studii susținute de Institutele Naționale pentru Sănătate, eu și colegii mei am demonstrat că zece săptămâni de practică yoga reduc dramatic simptomele SSPT ale pacienților care nu au răspuns la medicamente și la alte tipuri de tratament. (Voi discuta despre yoga în capitolul 16.) De asemenea, neurofeedbackul, despre care voi vorbi în capitolul 19, poate fi extrem de eficient pentru copiii și adulții hiperexcitați sau blocați care au probleme cu focalizarea și cu stabilirea priorităților.

Învățarea modalității de a respira calm și de a rămâne într-o stare de relaxare fizică relativă, inclusiv în momentul accesării amintirilor dureroase și oribile, este un instrument esențial al procesului de recuperare. Atunci când respiri în mod deliberat adânc de câteva ori, poți observa imediat efectele frânei parasimpatice asupra stării de excitație (pe care am explicat-o în capitolul 5). Cu cât te focalizezi mai mult asupra respirației, cu atât mai mari vor fi beneficiile, îndeosebi dacă rămâi atent până la sfârșitul expirației și dacă faci o scurtă pauză înainte de a inspira din nou. Atunci când respiri în mod conștient și observi aerul care intră și iese din plămâni, te poți gândi la rolul jucat de oxigen în hrănirea corpului și în scăldarea țesuturilor în energia necesară pentru a te simți viu și angajat. Capitolul 16 documentează efectele plenare ale acestei practici simple.

Dat fiind că reglarea emoțională este un aspect critic pentru gestionarea efectelor traumei și neglijării, s-ar produce o diferență ca de la cer la pământ dacă profesorii, cadrele militare, părinții care iau copii în plasament familial și profesioniștii din domeniul sănătății psihice ar fi învățați să aplice tehnici de reglare emoțională. La ora actuală acestea sunt cunoscute doar de educatorii din creșe și grădinițe, care au de-a face zi de zi cu comportamente impulsive generate de creiere imature.

Tradițiile vindecătoare psihiatrice și psihologice oficiale din Occident nu au fost niciodată foarte interesate de autogestiunea stării de sănătate de către pacienți. Spre deosebire de occidentali, care se bazează aproape exclusiv pe medicamente și pe terapiile verbale, alte tradiții din lume insistă mai mult asupra cultivării luciditățil, mișcării, ritmului și acțiunii. Yoga în India, tai chi și qigong-ul în China, și bătăile ritmice ale tobelor în Africa reprezintă doar câteva exemple în această direcție. Culturile din Japonia și din peninsula coreeană au cultivat artele marțiale, care insistă asupra cultivării

mișcărilor precise și asupra centrării în momentul prezent, capacități profund deteriorate la oamenii traumatizați. Aikido, judo, tae kwon do, kendo și jujitsu, precum și capoeira din Brazilia, sunt astfel de exemple. Toate aceste tehnici implică mișcări fizice, tehnici de respirație și de meditație. În afara yogăi, puține din aceste tradiții vindecătoare neoccidentale au fost studiate într-un mod sistematic în vederea tratamentului SSPT.

2. NICIO MINTE FĂRĂ LUCIDITATE

În centrul procesului de recuperare stă conștiința de sine (luciditatea). Cele mai importante fraze din terapia traumei sunt: „te rog să observi că" și „ce se întâmplă în continuare?". Oamenii traumatizați trăiesc cu senzații insuportabile. Ei își simt inima zdrobită și suferă de senzații greu de suportat în plexul solar sau în zona pieptului. Evitarea acestor senzații nu face însă decât să sporească și mai mult vulnerabilitatea și riscul de a fi copleșiți de ele.

Conștientizarea propriului corp ne pune în contact cu lumea noastră interioară, respectiv cu peisajul intern al organismului nostru. Simpla observare a unei stări de iritare, de nervozitate sau de anxietate este suficientă pentru a ne schimba perspectiva și pentru a ne deschide în fața unor opțiuni diferite de reacțiile noastre automate de zi cu zi. Luciditatea ne pune în contact cu natura tranzitorie a sentimentelor și a percepțiilor noastre. Atunci când ne focalizăm atenția asupra senzațiilor noastre corporale, noi putem recunoaște fluctuația emoțiilor noastre, amplificându-ne astfel controlul asupra lor.

Adesecri, oamenii traumatizați se tem să simtă ceva. Inamicul lor nu mai este abuzatorul (în cazul în care acesta nu mai este aproape, putându-le face rău), ci propriile lor senzații fizice. Teama de deturnarea produsă de senzațiile neconfortabile menține corpul într-o stare de încremenire și mintea blocată. Chiar dacă trauma s-a produs în trecut, creierul emoțional continuă să genereze senzații care îl fac pe suferind să se simtă speriat și neajutorat. În aceste condiții, nu este de mirare că atât de mulți supraviețuitori ai traumelor devin alcoolici sau supraponderali, se tem să facă dragoste și evită foarte multe activități sociale, căci lumea lor senzorială este oricum prea intensă, nemaisuportând niciun contact cu lumea de afară.

Pentru a te schimba, tu trebuie să te deschizi în fața experiențelor tale lăuntrice. Primul pas constă în a-i permite minții tale să se focalizeze asupra senzațiilor pe care le simți, observând astfel că spre deosebire de experiența atemporală și veșnic prezentă a traumei, senzațiile fizice sunt trecătoare și reacționează la cele mai mici schimbări ale poziției corporale, respirației și gândirii. Dacă ai devenit atent la senzațiile tale fizice, următorul pas constă în a le eticheta. Spre exemplu: „Atunci când mă simt anxios, simt o senzație de contracție în zona pieptului." Într-un astfel de caz, eu îi spun pacientului: „Focalizează-ți atenția asupra acestei senzații și vezi în ce fel se schimbă ea atunci când expiri prelungit, sau atunci când îți cioc ăneți pieptul chiar sub claviculă, sau atunci când îți acorzi permisiunea de a plânge." Practica lucidității calmează sistemul nervos simpatic, astfel încât devii mai puțin predispus să intri în reacția de tip „luptă sau fugi". Învățarea artei de a-ți observa și de a-ți tolera senzațiile fizice este o premisă necesară pentru revizitarea în condiții de siguranță a trecutului traumatic. Dacă nu poți tolera ceea ce simți în prezent, deschiderea în fața trecutului nu va face decât să îți amplifice și mai mult suferința, traumatizându-te și mai tare.

Noi putem tolera un disconfort foarte mare atât timp cât rămânem conștienți de faptul că senzațiile corporale se schimbă în permanență. Chiar dacă pe moment simți o senzație de presiune în zona pieptului, dacă inspiri și expiri adânc, această senzație se atenuează și tu poți observa altceva, de pildă o tensiune în zona umărului. Poți începe astfel să explorezi ce se întâmplă atunci când inspiri încă și mai profund, observând cum se dilată cutia ta toracică. Dacă te simți mai calm și mai curios, tu te poți întoarce la senzația din zona umărului. Nu trebuie să fii surprins dacă în urma acestui proces îți apare spontan în minte o amintire în care a fost implicat umărul respectiv.

Următorul pas constă în a observa jocul dintre gândurile și senzațiile tale fizice. Cum sunt înregistrate diferite gânduri specifice în organismul tău? (Îți produc gândurile de gen „tata mă iubește" și „iubita m-a părăsit" senzații diferite?) Conștientizarea manierei în care corpul organizează diferite emoții și amintiri specifice deschide posibilitatea eliberării și eliminării anumitor senzații și impulsuri pe care le-ai blocat cândva pentru a supraviețui. În capitolul 20, în care vom vorbi despre beneficiile teatrului, îți voi descrie mai detaliat cum funcționează acest mecanism.

În anul 1979, Jon Kabat-Zinn, unul din pionierii medicinei minte-corp, a fondat programul Reducerea Stresului pe Baza Cultivării Luciditații (MBSR[14]) la Centrul Medical al Universității din Massachusetts, iar metoda lui a fost studiată detaliat timp de mai bine de trei decenii. Așa cum spune chiar el: „O modalitate de a ne gândi la acest proces de transformare constă în ne imagina luciditatea ca pe o lentilă care preia energiile risipite și reactive ale minții și le focalizează într-o sursă coerentă de energie în vederea vieții, pentru rezolvarea problemelor și pentru vindecare."

Este dovedit faptul că luciditatea are un efect pozitiv asupra multor simptome psihice, psihosomatice și asociate cu stresul, inclusiv asupra depresiei și a durerilor cronice. Ea are numeroase efecte asupra stării de sănătate fizică, inclusiv asupra sistemului imunitar, pe care îl îmbunătățește, asupra tensiunii arteriale și asupra nivelului cortizolului din sânge. De asemenea, este dovedit faptul că ea activează regiunile cerebrale implicate în reglarea emoțională și conduce la schimbări ale regiunilor cerebrale asociate cu conștientizarea și cu teama. Cercetările realizate de colegii mei de la Harvard, Britta Hölzel și Sara Lazar, au arătat că practica luciditații reduce chiar și activitatea detectorului de fum al creierului – amigdala – diminuând astfel reactivitatea factorilor potențiali de declanșare.

3. RELAȚIILE

Nenumărate studii au arătat că o rețea stabilă de suport reprezintă cel mai puternic factor de protecție împotriva traumei. Siguranța și teroarea sunt incompatibile. Atunci când suntem îngroziți, nimic nu ne poate calma mai bine decât vocea liniștitoare sau îmbrățișarea reconfortantă a unei persoane în care avem încredere. Adulții speriați reacționează la aceiași factori de liniștire ca și copiii îngroziți: îmbrățișarea blândă, legănatul și asigurarea că cineva mai mare și mai puternic va rezolva problema, astfel încât te poți duce liniștit la culcare. Pentru a se putea recupera, mintea, corpul și creierul trebuie să fie convinse că se pot relaxa în siguranță. Acest lucru nu se întâmplă decât atunci când te simți în siguranță pe un nivel visceral, ajutându-te să asociezi această siguranță cu amintirea neajutorării din trecut.

[14] De la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (n. tr.)

După o traumă acută, cum ar fi o agresiune, un accident sau un dezastru natural, supraviețuitorul are nevoie de prezența unor oameni, fețe și voci familiare; de contacte fizice; hrană; adăpost și siguranță; și de timp pentru a dormi. Este foarte important să vorbească cu cei dragi (indiferent dacă sunt aproape sau departe) și să se reunifice cât de curând posibil cu familia și cu prietenii într-un loc în care să se simtă în siguranță. Legăturile noastre bazate pe atașament reprezintă cea mai sigură protecție împotriva amenințărilor. Spre exemplu, copiii separați de părinții lor după un eveniment traumatic sunt mult mai predispuși să sufere efecte negative grave pe termen lung. Studiile realizate în Anglia în timpul celui de-al Doilea Război Mondial au arătat că copiii care locuiau la Londra în timpul războiului și care au fost trimiși la țară pentru a fi protejați de bombele germane au suferit efecte mult mai negative decât cei care au rămas cu părinții lor, petrecându-și nopțile în adăposturi pentru bombe și văzând imaginile înspăimântătoare ale clădirilor distruse și ale oamenilor morți.

Oamenii traumatizați se recuperează cel mai bine în contextul relațiilor: alături de familie, de cei dragi, în întrunirile AA, de la organizațiilor de veterani, în comunitățile religioase sau alături de psihoterapeuți profesioniști. Rolul acestor relații constă în a le furniza o senzație de siguranță fizică și emoțională, inclusiv în fața sentimentului de rușine, a mustrărilor și judecăților altor persoane, și de a le stimula curajul de a tolera, de a face față și de a procesa realitatea lucrurilor petrecute.

Așa cum am văzut, o bună parte din circuitele noastre cerebrale sunt dedicate punerii la unison cu ceilalți oameni. Recuperarea de pe urma unei traume presupune reconectarea cu semenii noștri. Așa se explică de ce traumele petrecute în cadrul unei relații sunt în general mai greu de tratat decât cele rezultate în urma unui accident de mașină sau a unui dezastru natural. În societatea noastră, cele mai comune traume prin care trec femeile și copiii sunt cauzate de partenerii intimi și părinți. Abuzul copiilor, molestarea și violența domestică sunt cauzate exact de persoanele care ar trebui să te iubească. Acest proces dărâmă cel mai important zid de protecție împotriva traumei: oamenii pe care îi iubești.

Dacă persoanele de la care aștepți în mod natural îngrijire și protecție te înspăimântă sau te resping, tu înveți să te închizi în tine și

să ignori ceea ce simți. Așa cum am arătat în partea a treia a cărții, atunci când ești speriat sau abandonat chiar de părinții tăi, ești nevoit să îți găsești modalități alternative de a-ți gestiona teama, furia și frustrarea. Gestionarea de unul singur a terorii dă naștere unui set întreg de alte probleme: disocierea, disperarea, dependențele, o senzație cronică de panică și relații caracterizate prin alienare, deconectare și explozii emoționale. Pacienții care au astfel de istorii personale nu reușesc decât rareori să stabilească o conexiune între ceea ce li s-a întâmplat cu foarte mult timp în urmă și ceea ce simt (sau felul în care se comportă) la ora actuală. Toate situațiile li se par imposibil de gestionat.

Ei nu se vor putea simți ușurați până când nu vor deveni capabili să recunoască ceea ce li s-a întâmplat și demonii invizibili cu care se luptă. Să ne aducem aminte de bărbații pe care i-am descris în capitolul 11, care au fost abuzați de preoți pedofili. Aceștia mergeau în mod regulat la sală, luau steroizi anabolizanți și erau puternici ca niște tauri, dar în timpul interviurilor noastre se comportau adeseori ca niște copii speriați. Copilul rănit din interiorul lor continua să sufere și să se simtă neajutorat.

Deși contactul uman și rezonanța cu semenii reprezintă o cauză a autoreglării fiziologice, promisiunea apropierii evocă adeseori teama de a nu fi rănit, trădat și abandonat. Rușinea joacă un rol important în acest proces: „Vei descoperi cât de dezgustător sunt și mă vei părăsi de îndată ce mă vei cunoaște mai bine." Trauma nerezolvată poate avea efecte teribile asupra relațiilor. Dacă ai inima zdrobită pentru că ai fost agresat de o persoană pe care ai iubit-o, tu îți faci automat griji să nu fii rănit din nou și te temi să te deschizi în fața altei persoane. De multe ori, o rănești chiar tu, neintenționat, înainte de a avea ocazia să te rănească ea.

Acest mecanism este o mare provocare pentru procesul de recuperare. Atunci când recunoști că reacțiile posttraumatice au apărut ca un efort de a-ți salva viața, devine posibil să îți aduni curajul pentru a te confrunta cu propria ta muzică (sau cacofonie) interioară, dar vei avea nevoie de ajutor. Trebuie să găsești pe cineva în care ai suficientă încredere pentru a-l lăsa să te însoțească, care să îți înțeleagă sentimentele și să te ajute să îți asculți mesajele dureroase transmise de creierul tău emoțional. Tu ai nevoie de un ghid care să nu se teamă de teroarea pe care o simți și care să îți suporte furia cea mai întunecată,

care să te accepte în totalitate, exact așa cum ești, în timp ce tu îți explorezi experiențele fragmentate pe care le-ai tăinuit (inclusiv de tine însuți) atât de mult timp. Marea majoritate a oamenilor traumatizați au nevoie de o ancoră și de un terapeut pentru a trece prin acest proces.

ALEGEREA UNUI PSIHOTERAPEUT PROFESIONIST

Pregătirea terapeuților specializați în traume presupune învățarea datelor referitoare la impactul traumei, abuzului și neglijenței, și cunoașterea unei game largi de tehnici care pot ajuta pacientul: 1) să se stabilizeze și să se calmeze; 2) să își transceandă amintirile și reiterările traumatice; și 3) să îl ajute să se reconecteze cu ceilalți oameni. La modul ideal, psihoterapeutul trebuie să fi practicat el însuși tehnicile pe care le predă.

Deși este inadecvat și lipsit de etică profesională ca un terapeut să îți dea detalii referitoare la propriile sale probleme interioare, este absolut rezonabil să îl întrebi ce tipuri de terapii a învățat, unde și-a obținut pregătirea profesională și dacă a beneficiat personal de pe urma terapiei pe care ți-o propune.

Nu există un singur tratament recomandabil pentru traume, și orice terapeut care crede că metoda lui reprezintă singurul răspuns la problemele tale este mai degrabă un ideolog decât o persoană interesată de binele tău. Pe de altă parte, niciun terapeut nu poate cunoaște toate metodele eficiente de tratament, și trebuie să fie deschis în fața opțiunilor pe care le explorezi, chiar dacă acestea sunt diferite de ceea ce îți oferă el. Cu alte cuvinte, el trebuie să fie deschis să învețe de la tine. Sexul, rasa și istoricul rău personal nu sunt relevante decât în măsura în care interferează cu pacientul său, împiedicându-l pe acesta să se simtă în siguranță și înțeles.

Întrebările pe care trebuie să ți le pui sunt: te simți confortabil în prezența acestui terapeut? Pare el să se simtă confortabil în pielea lui și împreună cu tine? Te privește ca pe o ființă umană, sau ca pe un bolnav? Sentimentul de siguranță este o premisă absolut necesară pentru a-ți putea confrunta temerile și anxietățile. Un terapeut dur, critic, agitat sau rigid te va face să te simți și mai speriat, abandonat și umilit, lucru care nu te va ajuta să îți vindeci stresul traumatic. Există cazuri în care pacientul își suspectează terapeutul că seamănă

cu persoana care l-a rănit sau l-a abuzat, activându-i astfel sentimente din trecut. Astfel de situații trebuie rezolvate prin colaborarea cu terapeutul, căci experiența personală m-a învățat că un pacient nu se poate face bine decât dacă își dezvoltă sentimente profund pozitive față de terapeutul său. De asemenea, nu cred că pacientul poate crește și se poate schimba în bine dacă nu simte că are un impact asupra persoanei care îl tratează.

Principala întrebare pe care trebuie să ți-o pui este următoarea: consideri că terapeutul tău este curios să descopere cine ești *tu* și de ce ai nevoie *tu*, nu un „pacient generic cu SSPT"? Reprezinți tu pentru el o simplă listă de simptome dintr-un chestionar pentru stabilirea diagnosticului sau își face terapeutul tău timp pentru a descoperi de ce faci ceea ce faci și de ce gândești ceea ce gândești? Psihoterapia este un proces de colaborare, o explorare reciprocă a sinelui tău.

Adeseori, pacienții care au fost brutalizați de părinți în copilărie nu se simt în siguranță în prezența altor persoane. Eu îmi întreb adeseori pacienții dacă se pot gândi la cineva în prezența căruia au avut încredere când erau copii. Mulți dintre ei se cramponează de amintirea unui profesor, a unui vecin, a unei vânzătoare, a unui antrenor sau a unui preot care le-a arătat când erau mici că le pasă de ei. Această amintire poate deveni sămânța învățării procesului de reintegrare socială. Umanitatea este o specie care nu își pierde niciodată speranța. Lucrul cu trauma nu constă doar în a scoate la lumină aspectele defecte, ci și în a-ți aduce aminte cum ai reușit să supraviețuiești.

De asemenea, eu le cer pacienților mei să își imagineze cum erau când erau bebeluși: dacă erau adorabili și plini de curaj. Absolut toți cred că au fost și își pot crea o imagine a lor înainte de a fi fost răniți.

Există și oameni care nu își amintesc de nicio persoană în prezența căreia să se fi simțit în siguranță. În astfel de cazuri, terapia care implică animale (de regulă cai sau câini) este mult mai sigură decât cea în care sînt implicate ființele umane. Acest principiu este aplicat în ora actuală în multe clinici cu efecte minunate, inclusiv în închisori, programe de tratament rezidențial și pentru reabilitarea veteranilor. Jennifer, o membră a primei clase care a absolvit Centrul Van der Kolk și care a intrat în program ca o adolescentă care nu vorbea cu nimeni și nu putea fi controlată de nimeni, a declarat la ceremonia ei de absolvire că cel mai important pas care

a ajutat-o să se vindece a fost faptul că i s-a încredințat responsabilitatea îngrijirii unui cal. Legătura ei din ce în ce mai strânsă cu animalul a ajutat-o să se simtă suficient de în siguranță pentru a socializa cu personalul centrului, apoi pentru a se focaliza asupra cursurilor, a-și lua bacalaureatul și a fi acceptată la colegiu.

4. RITMURILE ȘI SINCRONISMUL COMUN

Încă din momentul nașterii, relațiile noastre sunt manifestate fizic prin expresii faciale, gesturi și atingeri. Așa cum am văzut în capitolul 7, acestea sunt fundamentele atașamentului. Trauma conduce la o perturbare a sincronismului fizic: atunci când intri în sala de așteptare a unei clinici SSPT, îți poți deosebi imediat pe pacienți de membrii personalului după fețele lor încremenite și după corpul lor rigid (dar, în mod paradoxal, agitat). Din păcate, numeroși terapeuți ignoră aceste mesaje fizice, focalizându-se exclusiv asupra cuvintelor pe care le rostesc pacienții lor.

Personal, am descoperit puterea vindecătoare a comunității exprimată prin muzică și ritmuri în primăvara anului 1997, când am urmărit activitatea Comisiei pentru Adevăr și Reconciliere din Africa de Sud. În multe din locurile pe care le-am vizitat violențele erau în toi, fiind adeseori teribile. Într-o zi, am participat la un grup de supraviețuitoare ale violului în curtea exterioară a unei clinici dintr-un oraș situat la periferia capitalei Johannesburg. Puteam auzi sunetul gloanțelor trase nu foarte departe, iar fumul ne aducea mirosul gazelor lacrimogene. Mai târziu, am auzit că 40 de oameni au fost uciși într-o ambuscadă.

Deși împrejurimile îmi erau străine și mi se păreau îngrozitoare, am recunoscut cu ușurință grupul din fața mea: acesta era alcătuit din femei rigide, cu fețele triste și încremenite, la fel ca foarte multe victime ale violurilor care participau la ședințele de terapie în grup în Boston. Am simțit imediat sentimentul familiar de neajutorare, și dată fiind rigiditatea universală a celor din jurul meu, m-am simțit și eu la fel de rigid. Apoi, una dintre femei a început să îngâne o melodie, legănându-se înainte și înapoi. Încetul cu încetul, ritmul a început să se contureze, iar celelalte femei s-au alăturat treptat corului. În scurt timp, întregul grup cânta, se mișca și s-a ridicat să danseze. Transformarea produsă a fost uluitoare: femeile reveneau la

viață, fețele lor căpătau expresie, iar corpul lor se umplea de vitalitate. Mi-am făcut imediat promisiunea fermă de a aplica la rândul meu ce văd și de a studia personal maniera în care ritmul, incantațiile și mișcările pot contribui la vindecarea traumelor.

Vom mai vorbi despre acest fenomen în capitolul 20, al cărui subiect este teatrul și în care îți voi explica în ce fel pot învăța să coopereze și să depindă unii de ceilalți tinerii – mulți dintre ei criminali juvenili și copii crescuți în plasamente familiale neintegrați în societate – fie ca parteneri în piese shakespeariene sau ca autori și interpreți ai unor musicaluri. Foarte mulți pacienți mi-au spus cât de mult i-au ajutat cântatul în cor, aikido, dansarea tangoului și kickboxingul. Prin urmare, le transmit întotdeauna recomandările lor altor oameni pe care îi tratez.

Am învățat o altă lecție importantă despre ritm și vindecare atunci când clinicienilor de la Centrul pentru Traume li s-a cerut să trateze o fată în vârstă de cinci ani pe nume Ying Mee, care nu vorbea cu nimeni și care fusese adoptată de la un orfelinat din China. După luni întregi în care nu au reușit să stabilească niciun contact cu ea, colegele mele Deborah Rozelle și Liz Warner și-au dat seama că sistemul fetei de integrare ritmică nu funcționa. Pur și simplu, copilul nu putea rezona cu fețele și cu vocile oamenilor din jurul ei. Prin urmare, colegele mele au început să îi aplice o terapie senzorimotorie.

Clinica de integrare senzorială din Watertown, Massachusetts, este un minunat loc de joacă interior cu leagăne, tuburi pline cu mingi multicolore de cauciuc în care poți dispărea cu ușurință, bârne (similare celor pentru sportivi), tuburi din plastic prin care te poți târî și scări ce conduc către platforme de pe care te poți arunca pe saltele umplute cu spumă. Personalul medical a pus-o pe Ying Mee în tubul cu mingi de plastic, ajutând-o astfel să simtă senzațiile pe pielea ei. Colegele mele au pus-o apoi să se dea în leagăn și să se târască pe sub pături cu greutăți. După șase săptămâni ceva s-a schimbat în fetiță, și ea a început să vorbească.

Îmbunătățirea dramatică a stării lui Ying Mee ne-a inspirat să înființăm o clinică de integrare senzorială în cadrul Centrului pentru Traume, pe care o folosim la ora actuală inclusiv pentru programele noastre de tratament rezidențial. Nu am explorat deocamdată cât de bine funcționează integrarea senzorială în cazul adulților

traumatizați, dar la seminarele mele includ în mod regulat experiența de integrare senzorială și de dans.

Învățarea punerii la unison cu alți oameni le furnizează părinților (și copiilor lor) experiența viscerală a reciprocității. Terapia bazată pe interacțiunea părinte-copil (PCIT[15]) este o terapie interactivă bazată pe această integrare, la fel ca și SMART[16] (tratamentul pentru reglarea excitației senzorio-motorii), două metode de tratament create de colegii mei de la Centrul pentru Traume.

Atunci când ne jucăm împreună cu alți oameni, noi ne punem în unison în plan fizic cu ei și experimentăm o stare de conexiune și de bucurie. Exercițiile de improvizare (cum ar fi cele recomandate pe site-ul http://learnimprov.com/) reprezintă de asemenea o modalitate minunată prin care îi putem ajuta pe oameni să se conecteze cu alții într-o stare de bucurie și de explorare. Atunci când vezi un grup de oameni mohorâți izbucnind în râs, îți este clar că vraja suferinței s-a rupt.

5. ATINGEREA FIZICĂ

Tratamentul oficial pentru traume nu își propune aproape deloc să îi ajute pe oameni să își experimenteze în condiții de siguranță

Rembrandt van Rijn: *Christos vindecând un bolnav.* Gesturile de mângâiere pot fi recunoscute de oricine și reflectă puterea de vindecare a atingerii în unison.

[15] De la *Parent-child interaction therapy* (n. tr.)

[16] De la *sensory motor arousal regulation treatment* (n. tr.)

senzațiile și emoțiile. Medicamentele precum blocantele recaptării serotoninei Respiridol și Seroquel sunt folosite astăzi pe scară largă pentru a-i ajuta pe oameni să își gestioneze lumea senzorială. Atingerea, îmbrățișarea și legănarea reprezintă însă o modalitate mai naturală prin care ne putem calma starea de tulburare. Aceste acțiuni reduc excitația excesivă și ne ajută să ne simțim în siguranță, protejați și în control.

Atingerea, cel mai elementar instrument de care dispunem pentru calmarea cuiva, este interzisă de majoritatea practicilor terapeutice. Adevărul este însă că nu te poți recupera integral atât timp cât nu te simți în siguranță în pielea ta. Prin urmare, eu îmi încurajez toți pacienții să aplice o metodă de lucru cu corpul sau alta, cum ar fi masajul terapeutic, terapia Feldenkreis sau cea cranio-sacrală.

Am întrebat-o pe specialista mea favorită în tehnicile de lucru cu corpul, Licia Sky, cum decurg ședințele sale cu oamenii traumatizați. Iată ce mi-a răspuns: „Nu încep niciodată o ședință de masaj fără a stabili o conexiune personală cu clientul meu. Nu vorbesc despre trecutul său. Nu mă interesează cât de traumatizat este sau ce i s-a întâmplat. Mă interesează doar unde se află în momentul de față în corpul său. Îl întreb dacă dorește să acord o atenție particulară unei părți corporale sau alta. Simultan, îi evaluez poziția; dacă mă privește în ochi; cât de tensionat sau de relaxat pare și în ce măsură se simte conectat cu mine.

Prima decizie pe care o iau constă în a stabili dacă persoana se simte mai în siguranță cu fața în jos sau în sus. Dacă nu o cunosc, o pun de regulă să stea la început cu fața în sus. Sunt foarte atentă cu ecranarea nudității sale. Am grijă ca persoana să se simtă în siguranță și să își păstreze atâtea haine câte dorește. Acestea sunt hotare importante, care trebuie stabilite de la bun început.

În continuare, stabilesc un prim contact prin atingere cu corpul persoanei, ferm, dar sigur. Nimic prea forțat sau prea dur. Atingerea este întotdeauna lentă, astfel încât clientul să o poată urmări cu ușurință, și ușor ritmică. Ea nu este mai puternică decât o strângere de mână. Primele locuri pe care le ating sunt palma și antebrațul, întrucât acestea sunt cele mai sigure pentru toți oamenii, dat fiind că te pot atinge înapoi cu ele.

Este important să descoperi punctul în care corpul a acumulat cea mai mare tensiune, opunând rezistență, și să îl contracarezi cu o

energie egală de sens opus. Acest lucru eliberează și elimină tensiunea incremenită. Nu poți ezita în această privință, căci ezitarea transmite o lipsă de încredere în tine însuți. Mișcarea lentă și punerea la unison cu clientul este diferită de ezitare. Este important să interacționezi cu clientul tău având o încredere enormă în tine și o empatie pe măsură, astfel încât presiunea atingerii tale să elibereze tensiunea pe care o păstrează acesta în corp."

Ce efecte are masajul terapeutic asupra oamenilor? Licia îmi răspunde: „Așa cum oamenilor le este sete de apă, ei sunt însetați inclusiv de atingere. Este o mare mângâiere să fii atins cu încredere, profund, ferm, dar blând, într-o manieră reciprocă. Atingerea și mișcarea conștiente îi centrează pe oameni și îi ajută să își descopere tensiunile pe care le-au acumulat de atâta timp încât de multe ori nici nu mai sunt conștienți de ele. Atunci când sunt atinși, ei își activează partea corporală atinsă.

Corpul devine restricționat fizic atunci când acumulează prea multe emoții. Umerii devin încordați, iar mușchii faciali se contractă. Oamenii cheltuiesc o energie enormă pentru a-și reține lacrimile, sau orice sunet ori mișcare care le-ar putea trăda starea interioară. Atunci când tensiunea fizică este eliberată, aceste emoții pot fi eliminate în sfârșit. Mișcarea ajută respirația să devină mai profundă, iar atunci când tensiunile sunt eliminate, ele pot fi însoțite de sunete expresive. Corpul devine astfel mai liber, respiră mai ușor și se integrează mai bine în fluxul vieții. Atingerea te ajută să trăiești într-un corp liber să se miște singur (nu forțat de minte).

Oamenii speriați simt nevoia de a ști tot timpul unde se situează corpul lor în spațiu și care le sunt hotarele. Atingerea fermă și liniștitoare îi ajută să descopere care sunt aceste hotare: ce anume există în afara lor și unde se termină corpul lor. Ei descoperă astfel că nu trebuie să se întrebe tot timpul cine sunt și unde se află, că trupul lor este solid și că nu trebuie să stea tot timpul în gardă. Atingerea le transmite faptul că sunt în siguranță."

6. ACȚIUNEA

Corpul răspunde la experiențele extreme prin secreția hormonilor stresului. Mulți oameni blamează acești hormoni pentru bolile pe care le provoacă. În realitate, hormonii stresului au scopul de a ne

transmite puterea și rezistența necesare pentru a reacționa în anumite circumstanțe ieșite din comun. Oamenii care *fac* ceva în mod activ în condițiile unui dezastru, salvându-i pe cei dragi sau un străin, transportând victimele la spital, acordând ajutor medical, ridicând corturi sau gătind mese, își utilizează într-o manieră adecvată hormonii stresului, și deci au un risc mult mai mic de a fi traumatizați. (Cu toate acestea, fiecare are un prag critic diferit, și chiar și cei mai bine pregătiți dintre oameni pot fi copleșiți de magnitudinea dificultăților.)

Neajutorarea și imobilizarea îi împiedică pe oameni să își folosească hormonii stresului pentru a se apăra. Atunci când se întâmplă acest lucru, hormonii lor continuă să fie secretați, dar acțiunile pe care ar trebui să le dinamizeze ei sunt contracarate. Mai devreme sau mai târziu, tiparele activării menite să protejeze organismul se întorc împotriva acestuia, generând reacții inadecvate de tip „luptă sau fugi". Pentru a reveni la starea de funcționare corectă, acest răspuns persistent de urgență trebuie să ia sfârșit. Corpul trebuie să revină la funcționarea sa în condiții de siguranță și de relaxare, pentru a se putea mobiliza să treacă la fapte în condiții de pericol real.

Pentru a rezolva această problemă, prietenii mei, cercetătorii Pat Ogden și Peter Levine, au conceput două terapii corporale extrem de eficiente: psihoterapia senzorio-motorie și experimentarea somatică. În cadrul acestor metode de tratament, povestea evenimentului traumatic este proiectată în fundal, iar pacientul își explorează senzațiile fizice pentru a descoperi locația și forma amprentelor traumei din trecut în corpul său. Înainte de a se lansa în explorarea plenară a traumei propriu-zise, pacientul este ajutat să își construiască anumite resurse interne pentru accesul în condiții de siguranță la senzațiile și emoțiile care l-au copleșit în momentul traumei. Peter Levine numește acest proces *pendulare:* deplasarea delicată înainte și înapoi între accesarea senzațiilor interne și amintirile traumatice. În acest fel, pacientul este ajutat să își dilate treptat fereastra toleranței.

După ce pacientul ajunge să tolereze conștientizarea experiențelor fizice asociate cu trauma, el tinde să descopere impulsuri fizice puternice – cum ar fi loviturile, împinsul sau alergarea – pe care le-a experimentat în timpul traumei, dar pe care le-a suprimat pentru a putea supraviețui. Aceste impulsuri se manifestă sub forma unor mișcări corporale subtile precum tresăririle, întoarcerile sau datul înapoi. Amplificarea acestor mișcări și experimentarea modalităților

de a le modifica inițiază procesul de încheiere a „tendințelor incomplete către acțiune" asociate cu trauma și astfel, de rezolvare a traumei înseși. Terapiile somatice îi pot ajuta pe pacienți să se reintegreze în momentul prezent prin experimentarea faptului că de această dată se pot mișca în condiții de siguranță. Plăcerea acțiunii eficiente le restabilește autocontrolul și sentimentul că se pot apăra și proteja în mod activ.

În anul 1893, Pierre Janet, primul mare explorator al traumelor, a scris despre „plăcerea acțiunii încheiate", plăcere pe care o remarc personal de fiecare dată când practic psihoterapia senzorio-motorie și experimentarea somatică cu pacienții mei. Atunci când aceștia pot experimenta fizic ce ar fi simțit dacă ar fi ripostat sau dacă ar fi fugit în momentul traumei, ei se relaxează, zâmbesc și se simt în sfârșit completi.

Atunci când cineva este forțat să se supună unei puteri copleșitoare, așa cum se întâmplă cu marea majoritate a copiilor abuzați, cu femeile captive în ciclul violenței domestice și cu oamenii încarcerați, victimele supraviețuiesc doar datorită supunerii lor resemnate. Cea mai bună modalitate de a transcende tiparele adânc gravate ale supunerii constă în restabilirea capacității fizice de angajare și apărare. Una din modalitățile mele preferate de construire a răspunsurilor eficiente de tip „luptă sau fugi" este programul nostru local de autoapărare, în cadrul căruia femeile (și din ce în ce mai mulți bărbați) sunt învățate să combată în mod activ un atac simulat. Programul a început în Oakland, California, în anul 1971, după ce o femeie cu centura neagră la karate a fost violată. Întrebându-se cum a fost posibil așa ceva în cazul unei persoane care – teoretic vorbind – putea omorî pe cineva cu mâinile goale, prietenii ei au tras concluzia că ea a fost paralizată de frică. În termenii pe care îi folosim noi, funcțiile ei executive – lobii frontali – au fost inhibate, și ea a încremenit. Programul nostru de autoapărare le învață pe femei să își recondiționeze reacția de încremenire prin numeroase repetiții ale momentului „oră zero" (termen militar care descrie momentul precis al unui atac), pentru a învăța astfel cum să își transforme teama într-o energie pozitivă a luptei.

Una din pacientele mele, o studentă la colegiu abuzată îndelung în copilărie, a urmat acest curs. Când am cunoscut-o, era complet prăbușită psihic, deprimată și excesiv de supusă. Trei luni mai

târziu, în timpul ceremoniei de absolvire a cursului, ea s-a luptat cu un atacator uriaș de sex masculin, pe care l-a lăsat la pământ (protejat de loviturile ei doar de către costumul protector din cauciuc gros), în timp ce ea stătea cu fața la el, cu brațele ridicate într-o postură de karate, calmă și strigându-i foarte clar: „Nu!"

La scurt timp după acest moment, pe când se întorcea de la bibliotecă după miezul nopții, trei bărbați au sărit asupra ei, strigându-i: „Nenorocito, dă-ne toți banii!" Ea mi-a povestit mai târziu că și-a asumat aceeași poziție de karate și le-a strigat înapoi: „Bun, aștept de mult acest moment. Cine vrea să fie primul?" Bărbații au luat-o imediat la fugă. Dacă ești prea speriat ca să privești în jurul tău, devii o pradă ușoară pentru sadismul altor oameni, dar atunci când proiectezi în jurul tău mesajul „Nu vă puneți cu mine", este puțin probabil să mai fii deranjat de cineva.

INTEGRAREA AMINTIRILOR TRAUMATICE

Oamenii nu pot uita de evenimentele traumatice prin care au trecut până când nu reușesc să recunoască ce li s-a întâmplat și demonii invizibili cu care se confruntă. Psihoterapia tradițională s-a concentrat exclusiv pe construirea unei povești care să explice de ce simte cea ce simte pacientul, sau, după cum scrie Freud în *Reamintire, repetare și vindecare* (1914): „Atât timp cât pacientul își retrăiește trauma ca pe un eveniment real și actual, sarcina noastră constă în traducerea acestei povești la timpul trecut." Povestea este într-adevăr importantă; fără ea, amintirea devine înghețată, iar fără amintiri este imposibil să ne imaginăm altfel lucrurile. Așa cum am văzut însă în partea a patra a cărții, crearea unei povești a evenimentului nu garantează în niciun caz transcenderea amintirilor traumatice.

Există o explicație pentru acest lucru. Atunci când un om își amintește un eveniment obișnuit, el nu retrăiește senzațiile fizice, emoțiile, imaginile, mirosurile și sunetele asociate cu acesta. La antipod, atunci când o persoană traumatizată își reamintește trauma suferită, ea își „retrăiește" efectiv experiența, fiind complet captivă în elementele senzoriale sau emoționale ale trecutului. Scanările creierelor lui Stan și Ute Lawrence, victimele accidentului de mașină despre care am vorbit în capitolul 4, arată cum se petrece acest fenomen. Atunci când Stan și-a amintit de oribilul accident prin care a

trecut, în creierul său două zone au devenit complet inhibate: cea care asigură simțul timpului și al perspectivei, permițându-i să știi că „acest lucru s-a întâmplat atunci, dar acum sunt în siguranță", și cea care integrează imaginile, sunetele și senzațiile traumei într-o poveste coerentă. Atunci când aceste părți ale creierului sunt inhibate, persoana nu își experimentează amintirea sub forma unei povești cu un început, o parte de mijloc și un sfârșit, ci sub forma unor fragmente de senzații, imagini și emoții.

O traumă nu poate fi procesată cu succes decât dacă toate aceste structuri cerebrale sunt menținute active. În cazul lui Stan, tehnica de desensibilizare și reprocesare cu ajutorul mișcărilor oculare (EMDR[17]) i-a permis acestuia accesul la amintirile sale legate de accident fără a fi copleșit de acestea. Atunci când zonele cerebrale responsabile pentru flash-uri sunt menținute active în timpul reamintirii evenimentului traumatic, persoana își poate reintegra amintirile traumatice la timpul trecut.

Disocierea lui Ute (care, dacă îți mai amintești, a devenit complet blocată) a complicat procesul de recuperare într-o manieră diferită. Niciuna din structurile sale cerebrale necesare pentru angrenarea în momentul prezent nu era activă; de aceea, confruntarea cu trauma era pur și simplu imposibilă. Fără un creier alert și prezent nu putem vorbi de o integrare și de o rezolvare a problemei. Prin urmare, am fost nevoiți să o ajutăm pe Ute să își lărgească fereastra de toleranță pentru a-i putea trata simptomele SSPT.

Hipnoza a fost tratamentul cel mai practicat pentru traumă începând de la sfârșitul secolului al XIX-lea, din epoca lui Pierre Janet și Sigmund Freud, și până după cel de-al Doilea Război Mondial. Pe YouTube mai poate fi văzut încă documentarul *Să fie lumină*, (Let There be Light) realizat de marele regizor de la Hollywood John Huston, care prezintă mai mulți soldați supuși hipnozei pentru a-și vindeca „nevroza generată de război". Pe la începutul anilor 90, hipnoza a căzut în dizgrație, și nu există studii recente referitoare la eficacitatea ei în tratarea SSPT. Hipnoza poate induce totuși o stare de calm relativ pe fundalul căreia pacientul își poate observa experiența traumatică fără a fi copleșit de ea. Dat fiind că observarea calmă a trecutului reprezintă un factor critic

[17] De la *eye movement desensitization and reprocessing*. (n. tr.)

pentru integrarea amintirilor traumatice, putem presupune că mai devreme sau mai târziu hipnoza va reveni în actualitate.

TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ (CBT)

În perioada de pregătire profesională, cei mai mulți dintre psihologi sunt învățați să practice terapia cognitiv-comportamentală. CBT a fost creată inițial pentru tratarea fobiilor cum ar fi teama de păianjeni, de avioane sau de înălțimi, pentru a-i ajuta pe pacienți să își compare temerile iraționale cu realitatea inofensivă. Pacienții sunt desensibilizați gradual de temerile lor iraționale prin focalizarea minții asupra lucrurilor de care se tem cel mai rare, cu ajutorul poveștilor și imaginilor („expunere la imagini"), sau sunt plasați într-o situație propriu-zisă (dar sigură) care le provoacă o stare de anxietate („expunere *in vivo*"), ori sunt expuși la o realitate virtuală, simulată pe calculator, cum ar fi o luptă pe străzile din Fallujah în cazul SSPT-ului cauzat de război.

Ideea care stă la baza tratamentului cognitiv-comportamental este că atunci când pacientul este expus în mod repetat la stimulii care îl îngrozesc, fără a i se întâmpla însă ceva rău, el devine încetul cu încetul din ce în ce mai liniștit; amintirile negative devin astfel asociate cu informația „corectivă" că este în siguranță. De asemenea, CBT ajută pacientul să își gestioneze tendința de a evita subiectul, de gen „Nu doresc să discut despre acest lucru". Sună simplu, dar așa cum am văzut, retrăirea traumei reactivează sistemul de alarmă al creierului și inhibă zonele cerebrale critice necesare pentru integrarea trecutului, fapt care îl face pe pacient să își retrăiască, nu să își rezolve trauma.

Expunerea prelungită sau „inundația" a fost studiată mai detaliat decât orice alt tratament pentru SSPT. Pacienților li se cere să „își focalizeze atenția asupra unui material traumatic... fără a se lăsa distrași de alte gânduri sau activități. Studiile au arătat că sunt necesare până la o sută de minute de inundație (în care factorii de declanșare a anxietății sunt prezentați într-o formă intensă și susținută) înainte de raportarea unei reduceri a anxietății. În anumite cazuri, expunerea ajută la rezolvarea fricii și anxietății, dar nu și a vinovăției și a altor emoții complexe.

Spre deosebire de eficacitatea ei în privința temerilor iraționale precum cea de păianjeni, CBT nu a dat rezultate la fel de bune în

cazul indivizilor traumatizați, și îndeosebi a celor care au fost abuzați în copilărie. Doar una din trei persoane cu SSPT care au participat până la sfârșit la astfel de studii a prezentat o îmbunătățire relativă. Cei care încheie un tratament CBT complet prezintă de regulă mai puține simptome SSPT, dar rareori se recuperează complet. Cei mai mulți dintre ei continuă să aibă probleme substanțiale de sănătate, la locul de muncă sau în ceea ce privește sănătatea psihică.

În cel mai mare studiu publicat referitor la eficacitatea CBT pentru SSPT, mai mult de o treime dintre pacienți au renunțat să mai participe, iar ceilalți au experimentat un număr semnificativ de reacții adverse. Cele mai multe dintre femeile participante la studiu au continuat să sufere plenar de SSPT după cele trei luni ale studiului, și doar 15% dintre ele au scăpat de principalele simptome. O analiză profundă a tuturor studiilor științifice referitoare la CBT arată că această metodă dă rezultate comparabile cu integrarea într-un grup terapeutic de suport. Cele mai slabe rezultate ale tratamentelor prin expunere apar la pacienții care suferă de o „înfrângere mentală", respectiv care au renunțat să mai lupte.

Trauma nu se referă doar la blocarea în trecut, ci și la incapacitatea de a trăi plenar prezentul. Una din formele tratamentului prin expunere este terapia prin folosirea realității virtuale, în care veteranii poartă ochelari de înaltă tehnologie care permit reiterarea bătăliei de la Fallujah într-o manieră extrem de detaliată și de vie. Din câte am aflat, pușcașii marini s-au descurcat foarte bine în timpul luptei. Problema este că ei nu pot tolera viața de acasă. Studii recente ale veteranilor de război australieni au arătat că aceștia au creierul resetat astfel încât să fie tot timpul alert la orice situație de urgență, fapt care îi împiedică să se focalizeze asupra detaliilor banale ale vieții de zi cu zi. (Vom discuta mai amănunțit despre acest subiect în capitolul 19, despre neurofeedback.) Mai mult decât de o terapie a realității virtuale, pacienți traumatizați au nevoie de o terapie a „lumii reale" care să îi ajute să se simtă la fel de vii atunci când merg la supermarketul local sau când se joacă cu copiii lor, ca atunci când se aflau pe străzile din Bagdad.

Pacienții nu își pot alina trauma decât dacă nu se mai simt copleșiți de aceasta. Un bun exemplu este un studiu referitor la veteranii Războiului din Vietnam realizat la începutul anilor 90 de colegul meu, Roger Pitman. În acea perioadă am vizitat laboratorul lui Roger în fiecare săptămână, întrucât realizam împreună studiul referitor la

opiatele din creier și la SSPT pe care l-am menționat în capitolul 2. Roger îmi arăta clipurile video cu ședințele sale de tratament, după care discutam împreună ceea ce observam. El și colegii săi îi puneau pe veterani să descrie în mod repetat toate detaliile referitoare la experiențele lor din Vietnam, dar în cele din urmă investigatorii au fost nevoiți să întrerupă studiul, întrucât foarte mulți pacienți intrau în panică din cauza flash-urilor retrospective, iar aceste atacuri de panică continuau inclusiv după încheierea ședinței. Unii nu se mai întorceau niciodată, iar mulți dintre cei care au rămas au devenit din ce în ce mai deprimați, mai violenți și mai speriați. O bună parte își gestionau amplificarea simptomelor consumând din ce în ce mai mult alcool, fapt care îi conducea la și mai multă violență și umilință, căci familia trebuia să cheme poliția pentru a-i interna în spital.

DESENSIBILIZAREA

În ultimele două decenii, tratamentul prevalent predat studenților la psihologie a inclus o formă sau alta de desensibilizare sistematică, un proces prin care pacienții sunt ajutați să devină mai puțin reactivi la anumite emoții și senzații. Este însă acesta scopul corect al tratamentului? Poate că adevărata problemă nu este desensibilizarea, ci integrarea: plasarea evenimentului traumatic în contextul său corect din imaginea de ansamblu a vieții.

Desensibilizarea îmi reamintește de un băiețel – cred că avea cam cinci ani – pe care l-am văzut recent în fața casei mele. Tatăl lui, un bărbat vânjos, striga din toți rărunchii la el, în timp ce băiețelul se plimba cu tricicleta pe strada mea. Copilul era complet indiferent, în timp ce mie mi-a sărit inima din piept, venindu-mi să îl iau la bătaie pe acel individ. De câtă brutalitate fusese nevoie pentru a face un copil atât de mic indiferent la brutalitatea tatălui său? Această indiferență trebuie să fi fost rezultatul unei expuneri prelungite, dar care trebuie să fi fost prețul acesteia? Într-adevăr, noi putem lua medicamente pentru a ne amorți emoțiile sau putem învăța să ne desensibilizăm. Când eram student la medicină, am învățat să rămânem analitici atunci când trebuie să tratăm un copil cu arsuri de gradul trei. Dar așa cum a arătat neurologul Jean Decety de la Universitatea din Chicago, desensibilizarea față de propria durere sau față de durerea altor oameni tinde să conducă la o amorțire generală a sensibilității emoționale.

Un raport din anul 2010 referitor la 49.425 de veterani recent diagnosticați cu SSPT după războaiele din Irak și din Afganistan și tratați la AV a arătat că numai unul din zece a dus până la sfârșit tratamentul recomandat. La fel ca în cazul veteranilor Războiului din Vietnam ai lui Pitman, tratamentul prin expunere (aplicat la ora actuală) nu dă rezultate decât rareori pentru acești oameni. Noi nu putem „procesa" o experiență oribilă decât dacă aceasta nu ne mai copleșește. Prin urmare, sunt necesare alte abordări.

MEDICAMENTE PENTRU ACCESAREA ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ A TRAUMEI?

Când eram student la medicină, mi-am petrecut vara anului 1966 lucrând pentru Jan Bastiaans, un profesor de la Universitatea din Leiden, Olanda, binecunoscut pentru tratamentele sale cu LSD aplicate supraviețuitorilor Holocaustului. Bastiaans susținea că a obținut rezultate spectaculoase, dar atunci când colegii săi i-au inspectat arhivele, ei au găsit puține date care să îi coroboreze afirmațiile. În continuare, potențialul substanțelor care modifică mintea pentru tratarea traumelor a fost neglijat până în anul 2000, când Michael Mithoefer și colegii săi din Carolina de Sud au obținut permisiunea FDA de a realiza un experiment cu MDMA (drogul extasy). MDMA a fost clasificat ca o substanță controlată în anul 1985, după ce a fost folosit ani la rând ca drog recreațional. La fel ca în cazul Prozacului și al altor agenți psihotropi, nu se știe exact cum funcționează MDMA, dar se știe că el crește concentrația mai multor hormoni importanți precum oxitocina, vasopresina, cortizolul și prolactina. Faptul cel mai relevant pentru tratamentul traumei este că el sporește conștientizarea de sine a oamenilor. Aceștia raportează frecvent o amplificare a energiei compasiunii, însoțită de curiozitate, claritate, încredere în sine, creativitate și conectare. Mithoefer și colegii săi căutau un medicament care să îmbunătățească eficacitatea psihoterapiei, și au devenit interesați de MDMA deoarece aceasta reduce teama, autoapărarea și amorțirea, contribuind totodată la un acces mai bun la experiențele lăuntrice. Prin urmare, ei s-au gândit că MDMA i-ar putea ajuta pe pacienți să rămână în interiorul ferestrei de toleranță suficient timp pentru a-și putea revizita amintirile traumatice fără a suferi de o excitație fiziologică și emoțională copleșitoare.

Studiile-pilot au confirmat aceste așteptări. Primul studiu, în care au fost implicați veterani de război, pompieri și polițiști cu SSPT, a avut rezultate pozitive. În studiul următor, dintr-un grup de 20 de victime ale unei agresiuni care nu au răspuns la alte tipuri de terapie, 12 subiecți au primit MDMA și opt un placebo inactiv. Așezați într-o încăpere confortabilă, toți subiecții au primit în continuare două ședințe de psihoterapie de câte opt ore, care a constat în principal în terapia sistemelor familiale interne (IFS[15]) – subiectul capitolului 17 din această carte. Două luni mai târziu, 83% dintre pacienții care au primit MDMA alături de psihoterapie au fost considerați complet vindecați, prin comparație cu doar 25% din grupul care a primit doar un placebo. Niciunul dintre pacienți nu a avut efecte secundare adverse. Încă și mai interesant, atunci când participanții au fost intervievați peste mai bine de un an de la încheierea studiului, s-a dovedit că aceștia se simțeau în continuare foarte bine.

Prin observarea traumei din perspectiva stării de calm și de luciditate numită de IFS Sinele (termen pe care îl voi discuta în capitolul 17), mintea și creierul se află în poziția de a integra trauma în imaginea de ansamblu a vieții. Acest proces este extrem de diferit de tehnicile tradiționale de desensibilizare, care urmăresc să amorțească reacțiile persoanei la ororile din trecutul său. În cazul de față, vorbim de un proces de asociere și de integrare care transformă un eveniment oribil petrecut în trecut într-o amintire a unui lucru care s-a petrecut cu foarte mult timp în urmă.

Pe de altă parte, substanțele psihedelice sunt agenți extrem de puternici, cu un istoric marcat de numeroase probleme. Ele pot fi folosite cu ușurință într-o manieră inadecvată printr-o administrare neglijentă și prin incapacitatea de a menține hotarele terapeutice. În consecință, nu putem decât să sperăm că MDMA nu se va dovedi un nou medicament-minune scos din Cutia Pandorei.

CE PUTEM SPUNE DESPRE MEDICAMENTE?

Oamenii au folosit dintotdeauna drogurile pentru a-și trata stresul traumatic. Fiecare cultură și fiecare generație a avut propriile ei preferințe: ginul, votca, berea sau whisky-ul; hașișul, marijuana,

[15] De la *internal family systems* (n. tr.)

canabisul sau ganja; cocaina; opiatele precum oxitocina; tranchilizantele precum Valium, Xanax sau Klonopin. Atunci când sunt disperați, oamenii sunt dispuși să facă orice pentru a se simți mai calmi și mai stăpâni pe ei.

Psihiatria oficială urmează și ea această tradiție. În ultimul deceniu, Departamentul Apărării și cel al Afacerilor Veteranilor au cheltuit împreună peste 4,5 miliarde de dolari pe medicamente antidepresive, antipsihotice și antianxietate. Un raport intern din iunie 2010 emis de Centrul Farmaco-Economic din cadrul Departamentului Apărării de la Fort Sam Houston din San Antonio a arătat că 213.972 (adică 20% din cei 1,1 milioane de soldați americani activi intervievați) luau un medicament psihotrop sau altul: antidepresive, antipsihotice, hipnotice sedative sau alte substanțe controlate.

Medicamentele nu pot „vindeca" însă traumele. Tot ce pot face ele este să amorțească expresiile unei fiziologii perturbate. Ele nu predau însă lecția durabilă a autoreglării. Ajută la controlarea sentimentelor și comportamentului, dar întotdeauna cu un cost. Întrucât lucrează prin blocarea sistemelor chimice care reglează angajarea, motivația, durerea și plăcerea. Mulți dintre colegii mei își păstrează optimismul. Particip adeseori la întruniri în care oameni de știință serioși discută despre studiile lor pentru a găsi acel remediu magic capabil să reseteze circuitele fricii din creier (de parcă stresul traumatic ar implica un singur circuit cerebral simplu). Chiar și eu le prescriu în mod regulat pacienților mei medicamente.

Practic, toate grupele de agenți psihotropi au fost folosite pentru tratarea anumitor aspecte ale SSPT. Inhibitorii recaptării serotoninei (SSRI) precum Prozac, Zoloft, Effexor și Paxil au fost studiați detaliat, dovedindu-se că scad intensitatea sentimentelor și fac ca viața să pară mai ușor de gestionat. Pacienții care iau SSRI se simt adeseori mai calmi și cu un autocontrol mai bun, fapt care le ușurează ședințele de psihoterapie. Alți pacienți se simt însă amorțiți de SSRI, pierzându-și interesul față de viață. Personal, încerc să văd ce funcționează, dar pacientul este singurul care poate decide acest lucru. Pe de altă parte, dacă un SSRI nu funcționează, merită întotdeauna să încerci altul, căci fiecare medicament are efecte ușor diferite de celelalte. Este interesant că medicamentele SSRI sunt folosite pe scară largă pentru tratarea depresiei, dar în cadrul unui studiu în care am comparat Prozacul cu metoda de desensibilizare și reprocesare

cu ajutorul mișcărilor oculare (EMDR) pentru pacienții cu SSPT, dintre care mulți erau inclusiv deprimați, EMDR s-a dovedit a fi un antidepresiv mult mai eficient decât Prozacul. Voi reveni la acest subiect în capitolul 15.

Medicamentele care țintesc sistemul nervos autonom, precum propranorolul sau clonidina, pot contribui la reducerea hiperexcitației și a reactivității la stres. Această familie de medicamente operează prin blocarea efectelor fizice ale adrenalinei, combustibilul stării de excitație, reducând astfel coșmarurile, insomnia și reactivitatea la factorii care declanșează amintirile traumatice. Blocarea adrenalinei poate contribui la menținerea activă a creierului rațional, făcând posibile alegerile: „Este acest lucru ceea ce îmi doresc cu adevărat să fac?" De când am început să integrez lucriditatea și yoga în practica mea, folosesc mult mai rar aceste medicamente, exceptând ocaziile în care doresc să îmi ajut pacienții să se odihnească mai bine în timpul somnului.

Pacienții traumatizați tind să aibă o preferință față de medicamentele tranchilizante, benzodiazepine precum Klonopin, Valium, Xanax și Ativan. Din multe puncte de vedere, acestea operează la fel ca alcoolul, făcându-i pe oameni să se simtă mai calmi și împiedicându-i să își mai facă atârea griji. (Proprietarii de cazinouri îi adoră pe clienții care iau benzodiazepine, căci aceștia nu se supără atunci când pierd și continuă să joace.) Pe de altă parte, la fel ca alcoolul, aceste medicamente slăbesc inhibițiile față de rostirea lucrurilor care îi rănesc pe oamenii pe care îi iubim. Marea majoritate a medicilor civili sunt reticenți în a prescrie aceste medicamente, întrucât dau foarte rapid dependență și pot interfera cu procesarea traumei. Pacienții care nu le mai iau după o perioadă îndelungată de folosință au de regulă reacții adverse care îi fac să devină agitați și le amplifică simptomele posttraumatice.

Personal, le dau uneori pacienților mei doze mici de benzodiazepine atunci când au nevoie, dar nu suficiente pentru a le lua zilnic. În acest fel, ei trebuie să aleagă când să își folosească prețioasa rezervă. De asemenea, le cer să țină un jurnal în care să noteze ce li s-a întâmplat în zilele în care au decis să ia o astfel de pastilă. Acest lucru le oferă ocazia de a discuta despre incidentele specifice care le-au declanșat simptomele.

Există câteva studii care au arătat că anticonvulsivele și medicamentele care echilibrează starea de spirit, cum ar fi litiul și valproatul,

pot avea unele efecte pozitive moderate, reducând starea de hiperexcitație și de panică. Cele mai controversate medicamente sunt așa-numiții agenți antipsihotici din generația a doua, cum ar fi Risperdalul și Seroquelul, cele mai bine vândute medicamente psihiatrice din Statele Unite (14,6 miliarde de dolari în 2008). În doze mici, acești agenți pot fi utili în calmarea veteranilor de război și a femeilor cu SSPT asociat cu abuzurile în copilărie. Folosirea acestor medicamente este uneori justificată, de pildă atunci când pacientul se simte complet scăpat de sub control și incapabil să adoarmă, sau atunci când alte metode au dat greș. Este la fel de important să înțelegem însă că aceste medicamente acționează prin blocarea sistemului dopaminei (sistemul de răsplată al creierului), care funcționează inclusiv ca motor al plăcerii și al motivației.

Medicamentele antipsihotice precum Risperdal, Abilify sau Seroquel pot inhiba într-un mod semnificativ creierul emoțional, făcându-i pe pacienți mai puțin agitați sau furioși, dar pe de altă parte interferează cu capacitatea de a aprecia semnalele subtile ale plăcerii, pericolului sau satisfacției. De asemenea, generează o creștere în greutate, amplifică șansa de a face diabet și îi fac pe pacienți inerți din punct de vedere fizic, amplificând astfel și mai mult sentimentul alienării lor. Aceste medicamente sunt folosite pe scară largă pentru tratarea copiilor abuzați care sunt diagnosticați în mod greșit cu tulburare bipolară sau cu dereglarea stării emoționale. Mai mult de o jumătate de milion de copii și de adolescenți din America iau la ora actuală medicamente antipsihotice, care îi calmează, dar totodată interferează cu capacitatea de învățare specifică vârstei și cu dezvoltarea de prietenii cu alți copii. Un studiu realizat la Universitatea Columbia a arătat recent că prescripțiile de medicamente antipsihotice pentru copiii cu vârsta cuprinsă între doi și cinci ani cu asigurări de sănătate private s-au dublat între anii 2000-2007. Doar 40% dintre aceștia primesc o evaluare adecvată a stării de sănătate mintală.

Până la pierderea patentului pentru acest medicament, compania farmaceutică Johnson & Johnson a dotat foarte multe săli de așteptare ale cabinetelor de psihiatrie pentru copii cu piese de LEGO gravate cu cuvântul „Risperdal". Copiii care provin din familii cu venituri reduse sunt de patru ori mai predispuși să primească medicamente antipsihotice decât cei cu asigurări de sănătate private. Într-un singur an, Texas Medicaid a plătit 96 de milioane de dolari

numai pe medicamentele antipsihotice pentru adolescenți și copii, inclusiv pentru trei bebeluși neidentificați care au primit astfel de medicamente înainte de a împlini un an. Din păcate, nu există studii referitoare la efectele medicamentelor psihotrope asupra procesului de dezvoltare a creierului. Disocierea, automutilarea, amintirile fragmentate și amnezia în general nu răspund la aceste medicamente.

Studiul referitor la Prozac despre care am discutat în capitolul 2 a fost primul care a arătat că civilii traumatizați tind să răspundă mult mai bine la medicamente decât veteranii de război. După el au urmat alte studii, care au confirmat această discrepanță. Din acest punct de vedere, există grijă că Departamentul Apărării și AV prescriu cantități enorme de medicamente soldaților și veteranilor întorși acasă, adesenri fără a le asigura acestora și alte forme de terapie. Între anii 2001-2011, AV a cheltuit în jur de 1,5 miliarde de dolari pe Seroquel și Risperdal, în timp ce Departamentul Apărării a cheltuit circa 90 de milioane de dolari în același interval de timp, deși un studiu publicat în anul 2001 a arătat că Risperdalul nu este mai eficient decât un placebo în tratarea SSPT. Într-o manieră similară, între 2001 și 2012, AV a cheltuit 72,1 milioane de dolari, iar Departamentul Apărării 44,1 milioane pentru benzodiazepine, medicamente pe care clinicienii evită în general să le prescrie civililor cu SSPT, din cauza potențialului lor de a da dependență și lipsei de eficacitate în privința simptomelor SSPT.

DRUMUL CĂTRE RECUPERARE ESTE ÎNSĂȘI VIAȚA

În primul capitol al acestei cărți ți-am prezentat un pacient pe nume Bill, pe care l-am întâlnit în urmă cu 30 de ani la AV. Bill a devenit unul din pacienții/profesorii mei de lungă durată, iar relația noastră descrie însăși povestea evoluției tratamentelor pentru traume pe care le aplic eu.

Bill a fost infirmier în Războiul din Vietnam între anii 1967-71, iar după ce s-a întors acasă, a încercat să folosească ce a învățat în armată lucrând la unitatea pentru arși dintr-un spital local. Această activitate l-a menținut tot timpul într-o stare de agitație explozivă, fără ca el să își dea seama însă că ceea ce simțea se datora experiențelor sale din Vietnam. La urma urmelor, diagnosticul SSPT nu exista la acea vreme, iar irlandezii din clasa muncitoare din Boston

nu mergeau în niciun caz la psihiatru! Coșmarurile și insomnia lui Bill s-au atenuat puțin după ce a renunțat la munca sa din spital și a urmat un seminar pentru a deveni pastor. Bill nu a căutat ajutor profesionist decât după nașterea primului său fiu, în anul 1978.

Plânsul copilului său i-a declanșat flash-uri neîncetate, imagini tridimensionale în care vedea, auzea și chiar putea mirosi copiii arși și mutilați din Vietnam. Era atât de lipsit de control încât mai mulți colegi de-ai mei de la AV și-au propus să îl interneze în spital și să îl trateze pentru psihoză. Când am început să lucrez cu el, iar el a început să se simtă confortabil în prezența mea, s-a deschis treptat și mi-a dezvăluit scenele la care a asistat în Vietnam, începând încetul cu încetul să își tolereze din ce în ce mai bine sentimentele fără a mai fi copleșit de ele. Acest lucru l-a ajutat să se focalizeze din nou asupra familiei sale și să își termine educația ca pastor. După doi ani avea propria sa parohie, așa că am considerat că munca noastră împreună era încheiată.

Nu am mai avut vreun contact cu Bill până când m-a sunat, la exact 18 ani de când l-am cunoscut prima dată. Mi-a spus că experimentează din nou aceleași simptome – flash-uri, coșmaruri teribile și senzația că înnebunește – la fel ca în perioada în care i s-a născut copilul. Acesta împlinise 18 ani, iar Bill l-a însoțit la înrolare, la aceeași unitate militară care l-a trimis pe el în Vietnam. La acea dată cunoșteam mult mai multe despre tratarea stresului traumatic, așa că am putut lucra cu diferite amintiri specifice legate de ceea ce a văzut, a auzit și a mirosit când era în Vietnam, detalii de care a fost prea speriat pentru a și le reaminti atunci când ne-am cunoscut prima oară. Am putut integra acum aceste amintiri cu ajutorul EMDR, astfel încât acestea au devenit simple povești referitoare la ceva care s-a întâmplat cu foarte mult timp în urmă, și nu proiecții instantanee în iadul din Vietnam. După ce s-a stabilizat, și-a propus să își trateze inclusiv traumele din copilărie: educația sa brutală și vinovăția pentru că și-a părăsit fratele mai mic, care era schizofrenic, când s-a înrolat și a plecat în Vietnam, lăsându-l pe acesta pradă acceselor de violență ale tatălui său.

O altă temă importantă pe care am lucrat-o cu Bill a fost durerea zilnică pe care o experimenta acesta în calitatea sa de preot: faptul că trebuia să îngroape adolescenți uciși în accidente de mașină la doar câțiva ani după ce i-a botezat sau lucrul cu cuplurile pe care le-a

căsătorit și care se întorceau la el din cauza unor episoade de violență domestică. Bill a organizat un grup de suport pentru colegii săi clerici, care se confruntau cu traume similare, și a devenit o veritabilă forță în comunitatea sa.

Al treilea tratament al lui Bill a început cinci ani mai târziu, când a făcut o boală neurologică gravă la vârsta de 53 de ani. El a început subit să experimenteze o paralizie episodică la nivelul mai multor părți corporale și începuse să accepte faptul că avea să își petreacă tot restul vieții într-un scaun cu rotile. Inițial am crezut că problemele sale se datorau unei scleroze multiple, dar medicii neurologi nu i-au putut găsi niciu leziune specifică, așa că i-au spus că nu exista niciun remediu pentru condiția sa. Bill mi-a mărturisit cât de recunoscător se simțea pentru suportul soției sale. Aceasta dispusese deja construirea unei rampe pentru scaunul cu rotile la intrarea din bucătărie a casei lor.

Dată fiind prognoza sumbră, l-am invitat pe Bill să găsească o modalitate prin care să își conștientizeze și să se împrietenească plenar cu senzațiile neplăcute din corpul său, la fel cum a învățat să își tolereze și să trăiască cu amintirile dureroase din timpul războiului. I-am sugerat să consulte un masor terapeutic care m-a inițiat în Feldenkrais, un masaj delicat cu mâinile pentru rearanjarea senzațiilor fizice și a mișcărilor musculare. Când Bill s-a întors să îmi spună cum se simțea, el și-a exprimat încântarea față de controlul sporit pe care îl avea asupra corpului său. I-am spus că am început eu însumi să practic recent yoga și că tocmai am deschis un program de yoga la Centrul nostru pentru Traume. L-am invitat să exploreze inclusiv acest domeniu, ca pas următor în terapia sa.

Bill a găsit un curs local de yoga Bikram, un tip de practică extrem de intensă, rezervată de regulă persoanelor tinere și pline de energie. Lui Bill i-a plăcut însă, chiar dacă anumite părți ale corpului său nu răspundeau întotdeauna la comenzile sale. În pofida handicapului său fizic, el și-a redescoperit plăcerea corporală și a atins un control pe care nu l-a simțit niciodată până atunci.

Tratamentul psihologic al lui Bill l-a ajutat pe acesta să uite de oribila experiență trăită în Vietnam. Împrietenirea cu corpul său l-a ajutat acum să își reorganizeze viața, fără a cede în fața handicapului lipsei de control fizic. În consecință, el a decis să se certifice ca instructor de yoga și a început să predea această disciplină la unitatea sa militară, veteranilor care se întorceau din Irak și din Afganistan.

La ora actuală, zece ani mai târziu, Bill continuă să fie mai activ ca oricând, având copii și nepoți de care se ocupă, lucrând cu veteranii și continuându-și munca în biserica sa. Are anumite limitări fizice, dar le consideră un inconvenient minor. Până acum a predat yoga unui număr de peste 1.300 de veterani întorși de pe câmpul de luptă. Suferă în mod regulat de o slăbiciune musculară subită, care îl obligă să stea jos sau să se întindă, dar la fel ca în cazul amintirilor sale din copilărie și din Vietnam, el nu lasă aceste episoade să îi domine viața. Le consideră pur și simplu o parte integrantă din povestea vieții sale, care evoluează încontinuu.

CAPITOLUL 14

LIMBAJUL: MIRACOL ŞI TIRANIE

Dă cuvânt durerii: mâhnirea care nu vorbeşte şopteşte inimii împovărate şi îi porunceşte să se rupă.

— **William Shakespeare, *Macbeth***

Noi de-abia suportăm să privim. Umbra psihicului nostru conţine cea mai mare parte a vieţii pe care nu am trăit-o. Intră în subsol, în pod, în coşul de gunoi al refuzurilor, şi vei găsi aici foarte mult aur. Caută un animal care nu a fost hrănit sau care nu a primit apă pentru a-şi stinge setea. Acesta eşti chiar tu!! Acest animal neglijat, exilat, însetat de atenţie – face parte integrantă din sinele tău.

— **Marion Woodman (citată de Stephen Cope în *Marea lucrare a vieţii tale*)**

În luna septembrie 2001, mai multe organizaţii, printre care Institutele Naţionale ale Sănătăţii, compania farmaceutică Pfizer şi Fundaţia Companiei New York Times au organizat mai multe întruniri ale experţilor pentru a face recomandări cu privire la cele mai bune tratamente pentru oamenii traumatizaţi de atacurile asupra World Trade Center. Dat fiind că multe din intervenţiile asupra oamenilor traumatizaţi nu au fost evaluate cu atenţie în comunităţile aleatorii (spre deosebire de pacienţii care caută ajutor psihiatric), m-am gândit că aceasta era o oportunitate extraordinară pentru a compara cât de bine funcţionează diferitele abordări. Colegii mei au fost mai conservatori, şi după îndelungi deliberări, comitetele au recomandat doar două tipuri de tratament: terapia psihanalitică şi

cea cognitiv-comportamentală. De ce o terapie prin vorbire analitică? Deoarece Manhattanul este unul dintre ultimele bastioane ale psihanalizei freudiene, așa că ar fi fost considerată o politică inadecvată să excludem o bună parte dintre psihiatrii locali. De ce CBT? Dat fiind că tratamentul behaviorist poate fi divizat în pași concreți și „manualizat" în protocoale uniforme, el reprezintă tratamentul favorit al cercetătorilor academici, un alt grup pe care nu îl puteam ignora. După aprobarea recomandărilor, am așteptat ca new-yorkezii să vină la cabinetele terapeuților. Aproape nimeni nu s-a prezentat.

Dr. Spencer Eth, care a condus departamentul de psihiatrie al Spitalului St. Vincent's (actualmente desființat) din Greenwich Village, a fost curios să afle dacă supraviețuitorii au apelat la ajutor profesionist, așa că la începutul anului 2002 a realizat, împreună cu câțiva studenți la medicină, un sondaj în rândul a 225 de oameni care au scăpat din Turnurile Gemene. Întrebați ce i-a ajutat cel mai mult să depășească efectele experienței lor, supraviețuitorii au răspuns acupunctura, masajul, yoga și EMDR, în această ordine. În rândul echipelor de salvare, masajele au fost cele mai populare. Sondajul lui Eth sugerează că cele mai utile intervenții au insistat pe eliminarea problemelor fizice generate de traumă. Disparitatea dintre experiența supraviețuitorilor și recomandările experților este uimitoare. De bună seamă, nu știm câți supraviețuitori au apelat mai târziu la terapiile tradiționale, dar aparenta lipsă de interes față de terapia prin vorbire ridică o întrebare esențială: ce rost are să vorbești despre trauma ta?

ADEVĂRUL INDESCRIPTIBIL

Psihoterapeuții au o credință eternă în capacitatea discuțiilor de a rezolva efectele traumei. Această încredere datează încă din anul 1893, când Freud (și mentorul său, Breuer) a scris că trauma „a dispărut imediat și permanent atunci când am reușit să aducem în lumina conștiinței amintirea evenimentului care a provocat-o și emoțiile care l-au însoțit, și atunci când pacientul și-a descris experiența într-o manieră extrem de detaliată, transpunându-și emoțiile în cuvinte."

Din păcate, lucrurile nu sunt nici pe departe atât de simple: evenimentele traumatice sunt aproape imposibil de transpus în cuvinte. Acest adevăr este valabil pentru toată lumea, nu doar pentru cei care suferă de SSPT. Amprentele inițiale ale evenimentelor din 11

septembrie nu au fost povești, ci imagini: oameni îngroziți fugind pe stradă, cu fețele acoperite de cenușă; un avion care s-a izbit de Turnul Unu al World Trade Center; oamenii care săreau ținându-se de mâini, pentru a scăpa de durerile arsurilor. Aceste imagini au fost reiterate la infinit în mintea noastră și la televizor, până când primarul Giuliani și mass-media ne-au ajutat să creăm o poveste pe care să ne-o putem împărtăși reciproc.

În cartea *Cei șapte stâlpi ai înțelepciunii*, T. E. Lawrence și-a descris astfel experiențele din timpul războiului: „Am învățat că există emoții prea sumbre, dureri sufletești prea profunde și extazuri prea înălțătoare pentru ca sinele nostru finit să le poată înregistra. Când emoția atingea o astfel de culme apoteotică, mintea tăcea, sufocată, iar memoria se bloca, până când circumstanțele redeveneau cele obișnuite." Dat fiind că trauma ne menține într-o stare de șoc dincolo de cuvinte, calea de ieșire din ea este pavată cu cuvinte atent asamblate, unul câte unul, până când întreaga poveste poate fi revelată.

RUPEREA TĂCERII

Activiștii din prima campanie pentru conștientizarea pericolului SIDA au creat un slogan foarte eficient: „Tăcerea = Moarte". Tăcerea legată de traumă conduce la rândul ei la moarte – a sufletului în cazul de față. Tăcerea întărește și mai mult izolarea impusă de traumă. Puterea de a-i spune cu voce tare unei alte ființe umane: „Am fost violată", „Am fost bătută de soțul meu", „Părinții mei numeau acest lucru disciplină, dar era abuz curat" sau „Nu reușesc să îmi revin de când m-am întors din Irak" – este un semn că procesul de vindecare a început.

Noi credem că ne putem ține sub control durerea, teroarea sau rușinea prin păstrarea tăcerii, dar descrierea realității în cuvinte ne oferă un tip diferit de control. Atunci când Adam a fost pus la conducerea regatului animal, primul lucru pe care l-a făcut a fost să dea nume fiecărei creaturi vii.

Dacă ai fost rănit, tu trebuie să recunoști și să descrii ce ți s-a întâmplat. Știu din experiența personală că atât timp cât nu am înțeles de ce m-a închis tata în pivnița casei la vârsta de trei ani pentru că nu am fost ascultător, am fost cronic preocupat de convingerea că eram exilat și abandonat. Abia când am putut vorbi despre ceea ce a

simțit acel băiețel, iertându-l pentru că a fost atât de supus și de speriat, am început să mă pot bucura de propria mea companie. Faptul că ne simțim ascultați și înțeleși ne modifică fiziologia. Capacitatea de a articula un sentiment complex și faptul că emoțiile ne sunt recunoscute ne activează creierul limbic și dau naștere unei revelații. La antipod, tăcerea și neînțelegerea altor oameni ne ucide spiritul. După cum s-a exprimat atât de memorabil John Bowlby: „Ce nu le putem spune altora (mamei), nu îi putem spune nici sinelui nostru."

Dacă ascunzi de tine însăți faptul că ai fost molestată de un unchi când erai mică, tu ești vulnerabilă să reacționezi la diferiți factori de declanșare ca un animal prins de furtună: prin secreția masivă a hormonilor care îți semnalează că te afli în pericol. Fără limbaj și context, conștiința ta se limitează adeseori la senzația că ești speriat. Dornic să îți păstrezi totuși controlul, tu îi eviți pe toți oamenii sau toate lucrurile care îți reamintesc oricât de vag de trauma ta. De asemenea, poți alterna între a fi inhibat și rigid sau reactiv și exploziv, fără a ști de ce.

Atât timp cât păstrezi secrete și suprimi informații, tu îți declari război ție însuți. Ascunderea emoțiilor necesită o cantitate enormă de energie, îți subminează motivația de a-ți urmări scopurile și te face să te simți plictisit și închis în tine. În tot acest timp, hormonii stresului îți invadează corpul, conducând la dureri de cap, dureri musculare, probleme cu intestinele sau cu funcția sexuală, precum și la comportamente iraționale care te fac să te simți stânjenit și îi rănesc pe cei din jurul tău. Abia după identificarea sursei acestor reacții te poți folosi tu de sentimentele tale ca de niște semnale ale unor probleme care necesită atenția ta urgentă.

Ignorarea realității interioare consumă simțul identității de sine și al menirii personale. Psihologul clinician Edna Foa și colegii săi au creat Inventarul Cognitiv Posttraumatic pentru evaluarea maniere în care pacienții se privesc pe ei înșiși. Simptomele SSPT includ adeseori afirmații de gen: „Mă simt mort în interior", „Nu voi mai fi niciodată în stare să simt emoții normale", „M-am schimbat în rău, pentru totdeauna", „Mă simt ca un obiect, nu ca o persoană", „Nu am niciun viitor" și „Mă simt de parcă nu mai știu nimic".

Problema critică este să îți permiți să știi ceea ce știi. Acest lucru necesită o mare doză de curaj. În cartea *Cum este să mergi la război*, veteranul din Vietnam Karl Marlantes își povestește amintirile din perioada în care a acționat în cadrul unui detașament de elită de

pușcași marini, dar și teribila diviziune pe care a descoperit-o în el însuși:

> Ani la rând, nu am fost conștient de faptul că trebuia să îmi vindec această diviziune, iar după ce m-am întors, nimeni nu mi-a spus acest lucru... Ce mă făcea să cred că în interiorul meu exista o singură persoană?... Există în mine o parte căreia îi place să mutileze, să ucidă și să tortureze. Această parte nu reprezintă însă întreaga mea ființă. Există în mine alte părți care reprezintă opusul ei și de care sunt mândru. Prin urmare, sunt eu un ucigaș? Nu, dar o parte din minte este. Sunt eu un torționar? Nu, dar o parte din mine este. Simt oroare și tristețe atunci când citesc în ziare despre un copil abuzat? Da, dar în același timp mă simt fascinat.*

Marlantes afirmă că drumul său către recuperare a necesitat rostirea adevărului, chiar dacă acesta era unul brutal și dureros.

Moartea, distrugerea și durerea sufletească trebuie justificate în permanență în absența unui sens suprem dat suferinței. Lipsa acestui sens suprem ne încurajează să inventăm, să mințim și să umplem astfel golul lăsat de ea.

Nu am putut spune niciodată cuiva ce se întâmplă în interiorul meu. Prin urmare, am forțat ani la rând aceste imagini să se întoarcă înapoi, în profunzimile psihicului meu. Am început să reintegrez partea divizată a experienței mele abia după ce am reușit să îmi imaginez faptul că acel copil chiar era un copil, care ar fi putut fi copilul meu. A urmat apoi o tristețe copleșitoare, dar și un proces de vindecare. Integrarea sentimentelor de tristețe, furie etc., cu acțiunea ar trebui să fie o procedură standard de operare pentru toți soldații care au ucis pe cineva față în față. Ea nu necesită o pregătire psihologică sofisticată. Este suficient să formezi un grup de suport condus de un membru al plutonului care a fost pregătit timp de câteva zile și care îi încurajează pe oameni să vorbească.

Lărgirea perspectivei asupra terorii pe care o simți și împărtășirea ei cu alți oameni te poate ajuta să te simți din nou un membru al rasei umane. După ce veteranii de război pe care îi tratam s-au înscris într-un grup terapeutic în cadrul căruia și-au putut împărtăși

reciproc atrocitățile la care au asistat sau pe care le-au comis, ei au raportat faptul că au început să își deschidă inima în fața iubitelor lor.

MIRACOLUL DESCOPERIRII DE SINE

Descoperirea propriului Sine cu ajutorul limbajului este întotdeauna o revelație, chiar dacă găsirea cuvintelor pentru descrierea realității interioare se dovedește uneori un proces agonizant. De aceea mi se pare atât de inspirată relatarea lui Helen Keller referitoare la maniera în care „a renăscut cu ajutorul limbajului".

Când Helen avea 19 luni și abia învăța să vorbească, o infecție virală i-a răpit văzul și auzul. Surdomută și oarbă, fetița adorabilă și vie s-a transformat într-o creatură izolată și imposibil de îmblânzit. După cinci ani de disperare, familia ei a invitat o profesoară care suferea de o orbire parțială pe nume Anne Sullivan să vină din Boston în casa lor din Alabama rurală și să o mediteze pe Helen. Anne a început imediat să îi predea lui Helen alfabetul manual, scriind cuvintele în palma ei literă cu literă. Ea a avut însă nevoie de zece săptămâni pentru a reuși să se conecteze cu acest copil sălbatic înainte de a obține primele rezultate. Revelația s-a produs atunci când ea a scris cuvântul „apă" în palma fetiței în timp ce îi ținea cealaltă palmă sub pompa de apă.

Mai târziu, Helen și-a adus aminte de acest moment în cartea *Povestea vieții mele:* „Apă! Acest cuvânt mi-a uluit sufletul, care s-a trezit, percepând spiritul acelei dimineți... Până în acea zi mintea mea a fost ca o încăpere întunecată, așteptând intrarea cuvintelor pentru a aprinde lampa, care este gândirea. Am învățat foarte multe cuvinte în acea zi."

Învățarea numelor pentru diferitele lucruri a ajutat-o pe fetiță nu doar să își creeze o reprezentare interioară a realității fizice invizibile și inaudibile din jurul ei, dar și să se regăsească pe sine: șase luni mai târziu, ea a început să folosească pronumele personal la persoana întâi: „eu".

Povestea lui Helen îmi reamintește de copiii abuzați, recalcitranți și necomunicativi pe care îi vedem tot timpul în programele noastre rezidențiale de tratament. Înainte de a învăța limbajul, Helen a fost un copil sălbatic și egocentric. Privind retrospectiv, ea s-a numit pe sine „Fantoma". Într-adevăr, mulți dintre copiii pe care îi tratăm noi

sunt ca niște fantome, până când descoperă cine sunt și se simt suficient de în siguranță pentru a comunica ce se întâmplă în interiorul lor.

Într-o carte ulterioară, *Lumea în care trăiesc eu*, Keller își descrie din nou nașterea identității sale de sine: „Înainte ca profesoara mea să vină la mine, nu știam cine sunt. Trăiam într-o lume care era o non-lume... Nu aveam nici voință, nici intelect... Îmi amintesc toate aceste lucruri nu pentru că le cunoșteam la acea vreme, ci pentru că am o memorie tactilă care îmi permite să îmi amintesc faptul că nu mi-am încruntat niciodată fruntea într-un act de gândire."

Amintirile „tactile" ale lui Helen, bazate exclusiv pe atingerea sa, nu pot fi împărtășite cu alții, dar limbajul i-a deschis în față posibilitatea de a se alătura unei comunități. La vârsta de opt ani, când Helen a mers cu Anne la Institutul Perkins pentru Orbi din Boston (unde și-a primit pregătirea Sullivan), ea a putut comunica pentru prima dată cu alți copii. „O, ce fericire, a scris ea, să vorbești liber cu alți copii! Să te simți acasă în lumea cea mare!"

Descoperirea de către Helen a limbajului cu ajutorul lui Anne Sullivan captează însăși esența relației terapeutice: găsirea cuvintelor absente și capacitatea de a-ți împărtăși durerea cea mai profundă și sentimentele cele mai ascunse legate de alte ființe umane. Aceasta este una dintre cele mai profunde experiențe pe care le putem trăi, iar această rezonanță ce permite descoperirea cuvintelor necunoscute anterior, rostirea și receptarea lor, este esențială pentru vindecarea izolării cauzate de traumă, indeosebi dacă alți oameni din viața noastră ne-au ignorat sau ne-au redus până acum la tăcere. Comunicarea plenară este însuși opusul traumei.

CUNOAȘTERE DE SINE SAU POVESTIREA TRAUMEI? SISTEMUL NOSTRU DUAL DE CONȘTIENTIZARE

Pe de altă parte, toți cei care încep terapia prin vorbire se confruntă aproape instantaneu cu limitările limbajului. De pildă, acest lucru s-a întâmplat chiar la ședințele mele de psihanaliză. Deși în general conversez cu ușurință și pot spune povești foarte interesante, mi-am dat seama rapid cât de dificil îmi este să îmi simt în profunzime sentimentele și simultan să le descriu altei persoane. Când intram în contact cu momentele cele mai intime, mai dureroase sau mai confuze din viața mea, mă confruntam imediat cu o alegere:

puteam fie să mă focalizez asupra retrăirii vechilor scene în mintea mea, simțind ce am simțit atunci, fie să discut logic cu psihanalistul meu, spunându-i într-o manieră coerentă ce simțeam. Dacă alegeam a doua variantă, pierdeam rapid contactul cu sinele meu și începeam să mă focalizez asupra opiniei *sale* referitoare la ceea ce îi spuneam. Cel mai mic iz de îndoială sau de judecată critică era suficient pentru a mă face să mă închid și să îmi focalizez atenția asupra recâștigării aprobării sale.

De atunci, cercetările în domeniul neuroștiinței au arătat că noi dispunem de două forme distincte de conștiință de sine: una care ține socoteala sinelui de-a lungul timpului și alta care înregistrează ce se întâmplă cu sinele în momentul prezent. Prima formă (cea autobiografică) creează conexiuni între experiențe și le asamblează într-o poveste coerentă. Acest sistem este ancorat în limbaj. Poveștile noastre se schimbă odată cu repovestirea lor, pe măsură ce ne schimbăm perspectiva și integrăm informații noi.

Cel de-al doilea sistem, conștiința de sine clipă de clipă, se bazează în principal pe senzațiile fizice, dar dacă ne simțim în siguranță și nu suntem presați, noi putem găsi cuvinte pentru a transmite inclusiv această experiență. Aceste două modalități de cunoaștere sunt localizate în părți diferite ale creierului, deconectate în mare măsură una de cealaltă. Singurul sistem care poate influența creierul emoțional este cel dedicat conștiinței de sine, care este localizat în cortexul prefrontal median.

În grupurile de veterani pe care le-am moderat puteam vedea uneori cele două sisteme cooperând unul cu celălalt. Foștii soldați spuneau povești teribile despre moarte și despre distrugeri, dar am remarcat că trupurile lor emanau totuși un simț al mândriei și al apartenenței. De asemenea, foarte mulți pacienți îmi vorbesc despre familia fericită în care au crescut, în timp ce corpul lor se cocoșează, iar vocea le sună anxios și încordat. Unul din cele două sisteme creează o poveste pentru public, iar dacă o repetăm suficient de des, noi începem să credem că este adevărată. Celălalt sistem înregistrează însă un adevăr diferit: felul în care experimentăm situația în interiorul nostru. Acesta este sistemul care trebuie accesat, cu care trebuie să ne împrietenim și pe care trebuie să îl reconciliem.

Recent, la spitalul în care predau, am intervievat împreună cu un grup de psihiatri o tânără care suferea de epilepsia lobului temporal

și care era evaluată în urma unei tentative de sinucidere. Medicii rezidenți i-au pus întrebările standard referitoare la simptomele sale, la medicamentele pe care le lua, la vârsta pe care o avea atunci când i-a fost pus diagnosticul și la motivele care au determinat-o să încerce să se sinucidă. Tânăra a răspuns la întrebări cu o voce plată și indiferentă: avea cinci ani când a fost diagnosticată. Și-a pierdut slujba. Era conștientă că nu și-a dat interesul la serviciu, întrucât nu era interesată de ceea ce făcea. Se simțea complet inutilă. Dintr-un motiv care mi-a scăpat, medicii au întrebat-o apoi dacă a fost abuzată sexual. Întrebarea lor m-a luat prin surprindere, căci tânăra nu dăduse niciun semn că ar fi avut probleme de intimitate sau de natură sexuală. Prin urmare, m-am întrebat ce urmărea medicul care i-a pus această întrebare.

Povestea tinerei nu explica însă de ce s-a prăbușit psihic după ce și-a pierdut slujba. Prin urmare, am întrebat-o ce a simțit când avea cinci ani și i s-a spus că ceva era în neregulă cu creierul ei. Întrebarea mea a silit-o să se interiorizeze, căci nu avea un scenariu dinainte pregătit pentru ea. Pe un ton aproape șoptit, ne-a spus că partea cea mai rea legată de acel diagnostic a fost faptul că după ce i-a fost pus, tatăl ei nu a mai dorit să aibă nimic de-a face cu ea: „Pur și simplu mă privea ca pe un copil defect." Nimeni nu a mai susținut-o de atunci, așa că a trebuit să se descurce singură.

Am întrebat-o apoi ce simțea acum în privința acelei fetițe de cinci ani abia diagnosticată cu epilepsie care a fost lăsată să se descurce singură. În loc să se plângă de singurătate sau să se înfurie din cauza lipsei de sprijin de care a avut parte, tânăra mi-a răspuns vehement: „A fost o fetiță proastă, plângăcioasă și dependentă. Ar fi trebuit să accepte ceea ce i s-a întâmplat." În mod evident, această pasiune provenea de la acea parte a creierului ei care a încercat cu curaj să facă față abandonării sale, și care cel mai probabil a ajutat-o să supraviețuiască în copilărie. În continuare, i-am cerut să îi permită acelei fetițe speriate și abandonate să îmi spună cum a fost să se simtă absolut singură și respinsă de familie din cauza bolii sale. Tânăra a început să plângă și a păstrat foarte mult timp tăcerea. Într-un final, mi-a răspuns: „Nu, nu a meritat acea soartă. Ar fi trebuit să fie susținută de adulții din viața ei. Cineva ar fi trebuit să aibă grijă de ea." Și-a schimbat apoi din nou atitudinea și mi-a povestit cu mândrie despre realizările sale: cât de multe a realizat în pofida lipsei de

sprijin. În sfârșit, povestea pentru public s-a intersectat cu experiența ei interioară.

PUNTEA DE LEGĂTURĂ ESTE CORPUL

Povestirea traumei reduce izolarea cauzată de aceasta și furnizează o *explicație* pentru suferința persoanei traumatizate. Ea le permite medicilor să pună diagnostice, astfel încât să poată rezolva probleme precum insomnia, furia, coșmarurile sau indiferența față de viață. De asemenea, poveștile le asigură victimelor o țintă pe care să dea vina. Învinovățirea altora este o caracteristică umană universală, care îi ajută pe oameni să se simtă un pic mai bine în condițiile în care de fapt se simt foarte rău, sau, așa cum obișnuia să spună fostul meu profesor, Elvin Semrad: „Ura este forța care pune în mișcare lumea." Pe de altă parte, poveștile ascund un aspect important, și anume faptul că trauma îi schimbă în mod radical pe oameni, care nu se mai simt „ei înșiși".

Este extrem de dificil să traduci în cuvinte sentimentul că nu mai ești tu însuți. Limbajul a evoluat în principal pentru a descrie „lucrurile care există în lumea exterioară", nu sentimentele și senzațiile noastre interioare. (Nu întâmplător, centrul limbajului din creier este situat chiar la antipodul celui care experimentează sinele.) Celor mai mulți dintre oameni le vine mult mai ușor să descrie pe altcineva decât să se descrie pe ei înșiși. L-am auzit odată pe psihologul de la Harvard Jerome Kagan spunând: „Sarcina de a descrie cele mai intime experiențe poate fi comparată cu coborârea într-un puț adânc pentru a culege mici cristale fragile în timp ce porți mănuși groase din piele."

Noi putem ieși din această dificultate prin angrenarea în observația de sine – sistemul identității de sine bazat pe senzațiile corporale, care vorbește prin intermediul senzațiilor, tonalităților vocale și tensiunilor corporale. Capacitatea de a percepe senzațiile viscerale reprezintă însăși baza conștiinței emoționale. Dacă un pacient îmi spune că avea opt ani când tatăl său și-a părăsit familia, eu îl opresc și îi cer imediat să verifice ce simte în interior chiar acum (în timp ce îmi spune că tatăl lui l-a abandonat pe copilul care a fost cândva). Unde sunt aceste senzații înregistrare în corp? Atunci când îți activezi senzațiile cele mai viscerale și îți asculți inima zdrobită,

urmând calea introspecției până în pânzele albe, lucrurile încep să se schimbe.

SCRISOAREA ADRESATĂ PROPRIULUI SINE

Există și alte modalități de a-ți accesa lumea interioară a sentimentelor. Una dintre cele mai eficiente este scrisul. Foarte mulți și-au revărsat sentimentele în scrisori mânioase, acuzatoare, pline de lamentări și de tristețe după ce au fost trădați sau abandonați de altcineva. Notarea în scris a sentimentelor noastre ne face să ne simțim automat mai bine, chiar dacă nu trimitem niciodată scrisoarea. Atunci când îți scrii ție însuți, nu trebuie să îți faci griji legate de judecățile critice ale altor oameni. Trebuie doar să îți asculți gândurile și să le lași să curgă liber. Mai târziu, când recitești ce ai scris, descoperi adesori adevăruri surprinzătoare.

În calitatea noastră de membri funcționali ai societății, se presupune că noi trebuie să ne controlăm interacțiunile de zi cu zi și să ne subordonăm sentimentele în fața sarcinilor pe care le avem de îndeplinit. Atunci când vorbim cu cineva în prezența căruia nu ne simțim în totalitate în siguranță, editorul nostru social interior devine extrem de alert și ridică garda. Scrisul este cu totul altceva. Dacă îi ceri editorului tău să te lase în pace o vreme, din psihicul tău vor ieși lucruri a căror existență nu o bănuiai. Te simți liber să intri într-un fel de transă, lăsând condeiul (sau tastatura) să scrie „automat" ceea ce iese din adâncurile minții tale. Tu poți conecta astfel partea care se observă pe sine și cea narativă a creierului tău, fără a-ți face griji în privința „interlocutorului" tău.

În cadrul tehnicii numite scriere liberă, te poți folosi de orice obiect ca de un test Rorschach personal, lăsându-te furat de asociații. Scrie pur și simplu primul lucru care îți trece prin minte în timp ce privești obiectul din fața ta, iar apoi continuă fără să te oprești, fără să recitești ce ai scris și fără a tăia vreun rând. Este posibil ca o lingură de lemn din bucătărie să îți reamintească de un moment în care preparai suc de roșii cu bunica ta, dar și de o bătaie primită în copilărie. Ceainicul transmis de la o generație la alta te poate face să îți aduci aminte de rude de mult dispărute, la care nu te-ai mai gândit de mult, sau de sărbătorile în familie în care iubirea și conflictele erau amestecate. În scurt timp, în mintea ta va apărea o imagine, apoi o

amintire, apoi un întreg paragraf al poveștii pe care o scrii. Indiferent ce gânduri îți trec prin minte, ele sunt rezultatul unor asocieri specifice în exclusivitate ție.

Pacienții mei îmi aduc adeseori fragmente de scrieri sau de desene referitoare la amintirile lor, pe care nu se simt încă pregătiți să le discute. Ei simt că recitirea cu voce tare a rândurilor scrise i-ar copleși, dar doresc ca eu să aflu cu ce se confruntă în interiorul lor. Le spun de fiecare dată cât de mult apreciez curajul care îi face să își exploreze părțile ascunse ale psihicului lor pe care mi le încredințează. Aceste tentative de comunicare mă ajută să stabilesc planul de tratament, de pildă să decid dacă este cazul să adaug o procesare somatică, un proces de neurofeedback sau EMDR la activitatea noastră curentă.

Din câte știu eu, primul test sistematic al puterii limbajului de a elibera trauma a fost făcut în anul 1986, când James Pennebaker de la Universitatea din Austin, Texas, și-a transformat cursul de introducere în psihologie într-un laborator experimental. Inițial, Pennebaker a avut un mare respect pentru importanța inhibiției, a păstrării pentru sine a anumitor lucruri, pe care o considera apogeul civilizației. În timp, el a ajuns însă la concluzia că oamenii plătesc un preț prea mare pentru suprimarea conștientizării elefantului din cameră.

El a început prin a le cere studenților săi să identifice o experiență profund personală, care li s-a părut extrem de stresantă sau de traumatică. Și-a împărțit apoi studenții în trei grupe: unii trebuiau să scrie despre ceea ce se întâmpla la ora actuală în viața lor; alții trebuiau să scrie despre detaliile evenimentului stresant sau traumatic; iar studenții din cea de-a treia grupă trebuiau să descrie aspectele concrete ale experienței lor, sentimentele și emoțiile lor legate de ea, și impactul pe care considerau că l-a avut aceasta asupra vieții lor. Toți studenții au scris încontinuu timp de 15 minute, patru zile la rând, în timp ce stăteau singuri într-un mic cubicul din clădirea facultății de psihologie.

Studenții și-au luat în serios sarcina. Mulți dintre ei au revelat secrete pe care nu le spuseseră nimănui până atunci. Nu puțini au plâns în timp ce scriau, iar alții le-au mărturisit asistenților universitari că au devenit obsedați de experiența lor. Dintre cei 200 de participanți, 65 au scris despre o traumă din copilărie. Deși moartea unui membru de familie a fost subiectul cel mai frecvent invocat, 22% dintre fete și 10% dintre băieți au raportat o traumă sexuală petrecută anterior vârstei de 17 ani.

Cercetătorii i-au întrebat pe studenți cum stau cu sănătatea și au rămas surprinși să descopere câți dintre aceștia au raportat probleme de sănătate mai mari sau mai mici: de la cancer la hipertensiune, ulcer, gripă, dureri de cap și de urechi. Cei care au fost traumatizați sexual în copilărie au fost internați în spital în medie 1,7 zile în anul anterior, aproape de două ori mai mult decât ceilalți.

Echipa de cercetători a comparat apoi numărul vizitelor făcute de participanți la clinica pentru studenți din luna anterioară studiului cu cele din luna următoare. Studenții din grupul care a notat în scris atât faptele petrecute cât și emoțiile pe care le-au simțit (asociate cu trauma suferită) au beneficiat cel mai mult: numărul vizitelor lor la medic a scăzut cu 50% prin comparație cu cele ale colegilor lor. Descrierea în scris a celor mai profunde gânduri și sentimente pe care le aveau (asociate cu trauma) le-a îmbunătățit starea de spirit și i-a condus la o atitudine mai pozitivă și la o sănătate fizică mai bună.

Atunci când studenților li s-a cerut să evalueze personal studiul, ei au insistat asupra manierei în care acesta i-a ajutat să se înțeleagă mai bine pe ei înșiși: „M-a ajutat să mă gândesc la ceea ce am simțit în acea perioadă. Până acum nu mi-am dat niciodată seama cât de afectat am fost." „Am fost nevoit să mă gândesc și să îmi rezolv experiențele din trecut. Unul din rezultatele experimentului a fost pacea interioară. Faptul că am scris despre emoțiile și sentimentele mele m-a ajutat să înțeleg mai bine ce simt și de ce."

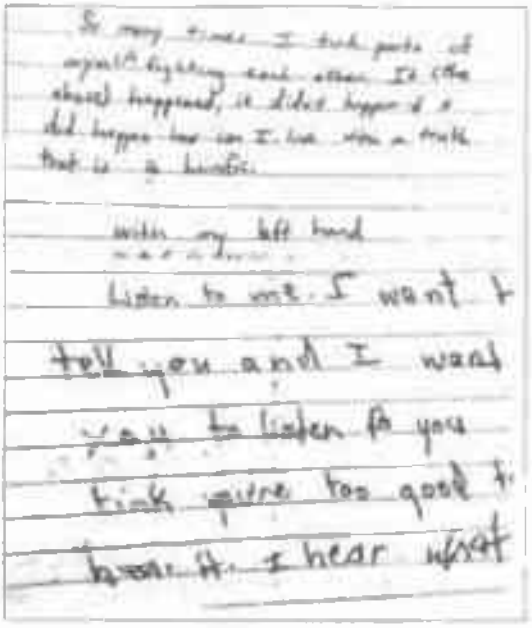
Într-un studiu ulterior, Pennebaker a cerut unei jumătăți a unui grup de 72 de studenți să vorbească în fața unui reportofon despre cea mai traumatică experiență din viața lor; iar celeilalte jumătăți să comenteze planurile lor pentru restul zilei. În timp ce studenții vorbeau, cercetătorii le monitorizau reacțiile fiziologice: tensiunea arterială, pulsul, tensiunea musculară și temperatura la nivelul palmei. Studiul a produs rezultate uimitoare: studenții care și-au acordat permisiunea de a-și simți emoțiile au experimentat schimbări fiziologice semnificative, atât imediate cât și pe termen lung. În timpul confesiunii lor, tensiunea, pulsul și celelalte funcții autonome s-au amplificat, dar ulterior nivelul excitației lor a scăzut sub cel de dinaintea începerii studiului. Scăderea tensiunii arteriale a persistat șase săptămâni după încheierea experimentului.

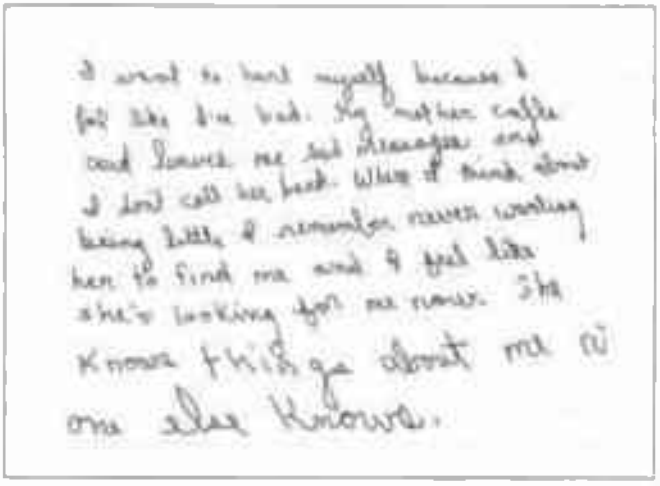
La ora actuală este acceptat în mare măsură faptul că experiențele stresante – cum ar fi divorțul, un examen sau singurătatea – au

un efect negativ asupra funcției imune, dar pe vremea studiului lui Pennebaker acest adevăr era foarte controversat. Pornind de la protocoalele lui, o echipă de cercetători de la Colegiul de Medicină al Universității de stat din Ohio a comparat două grupuri de studenți pe care le-a pus să scrie despre o traumă personală sau despre un subiect superficial. Și de această dată, cei care au scris despre trauma personală au făcut mai puține vizite la clinica pentru studenți, iar starea lor de sănătate corelată cu funcția imună s-a îmbunătățit, lucru măsurat prin acțiunea limfocitelor T (celulele considerate ucigașii naturali ai corpului) și a altor marcatori ai imunității din sânge. Acest efect a fost foarte evident imediat după experiment, dar încă mai putea fi detectat șase săptămâni mai târziu. Experimentele referitoare la scris din întreaga lume, în care au fost implicați elevi, asistenți medicali, studenți la medicină, prizonieri ținuți în condiții de maximă siguranță, bolnavi de artrită, tinere mame și victime ale violurilor, au arătat în mod consistent că scrisul despre evenimentele supărătoare îmbunătățește starea de sănătate fizică și psihică.

Un alt aspect al studiilor lui Pennebaker mi-a atras atenția: atunci când subiecții săi discutau despre subiectele intime sau dificile, ei își schimbau intonația și stilul de vorbire. Diferențele erau atât de izbitoare că Pennebaker s-a întrebat dacă nu a mixat din greșeală benzile audio. Spre exemplu, o femeie și-a descris planurile pentru ziua respectivă cu o voce de copil, cu o intonație foarte ascuțită, dar câteva minute mai târziu, când a descris faptul că a furat o sută de dolari dintr-o casierie deschisă, volumul și tonalitatea vocii sale au coborât enorm, părând că era vorba de o cu totul altă persoană. De asemenea, modificările stărilor emoționale s-au reflectat inclusiv în scrisul de mână al participanților. Atunci când schimbau subiectul, aceștia treceau uneori de la scrisul cursiv la majuscule, revenind apoi la cel cursiv. Au existat variații inclusiv ale înclinației literelor și ale presiunii aplicate pixului.

Astfel de schimbări sunt numite „alternanță" în practica medicală, și pot fi regăsite frecvent la pacienții cu trecut traumatic. Aceștia își activează stări emoționale și fiziologice distincte atunci când trec de la un subiect la altul. Alternanța nu se manifestă numai sub forma tonalităților vocale remarcabil de diferite, ci și a expresiilor faciale și a mișcărilor corporale. Unii pacienți par să își schimbe complet identitatea personală, trecând de la timiditate la agresivitate și forță, sau de




I used to hurt myself because I
felt like I'm bad. My mother calls
and screams me and I scream and
I don't call her back. When I think about
being with, I remember never working
her to find me and I feel like
she's looking for me more. She
knows things about me
one else knows.

la supunere anxioasă la o tentativă flagrantă de seducere. Atunci când scriu despre temerile lor cele mai profunde, scrisul lor devine adeseori mai copilăresc și mai primitiv.

Dacă pacienții care manifestă stări atât de dramatic diferite sunt tratați ca niște șarlatani sau dacă li se spune să nu își mai exprime aspectele imprevizibile și iritante, ei devin muți. Cel mai probabil, ei vor continua să caute ajutor, dar după ce au fost reduși la tăcere nu își mai transmit durerea prin discuții, ci prin acțiunile lor extreme: încercări de sinucidere, depresie și atacuri de furie. Așa cum vom vedea în capitolul 17, ei nu își îmbunătățesc comportamentul decât dacă atât ei cât și psihoterapeutul lor învață să aprecieze rolul pe care l-au jucat aceste stări diferite în supraviețuirea lor.

ARTA, MUZICA ȘI DANSUL

Există mii de terapeuți care se folosesc de artă, muzică și dans, obținând rezultate minunate în lucrul cu copiii abuzați, soldații care suferă de SSPT, victimele incestului, refugiații și supraviețuitorii torturii, precum și numeroase relatări care confirmă eficacitatea acestor terapii expresive. În momentul de față nu se cunoaște însă cum funcționează ele sau ce aspecte ale stresului traumatic vindecă, iar studiile necesare pentru a stabili valoarea lor științifică ar necesita un cost logistic și financiar uriaș.

Capacitatea artei, muzicii și dansului de a circumscrie muțenia care însoțește teroarea ar putea fi unul din motivele pentru care acestea sunt folosite pentru tratarea traumei în toate culturile lumii. Unul din puținele studii sistematice care au comparat expresia artistică non-verbală cu scrisul a fost realizat de James Pennebaker și de Anne Krantz, o terapeută prin dans și mișcare din San Francisco. Studiul a cuprins 64 de studenți, din care o treime au fost puși să își exprime o experiență traumatică personală prin mișcări expresive ale corpului timp de cel puțin zece minute pe zi, trei zile la rând, iar apoi să scrie despre ea timp de alte zece minute. Un al doilea grup a fost pus să își exprime trauma prin dans, dar nu și să scrie despre ea, iar un al treilea să facă un program obișnuit de exerciții fizice. În cele trei luni ale programului, membrii tuturor grupurilor s-au simțit mai fericiți și mai sănătoși, dar cele mai bune rezultate au fost obținute de grupul care și-a exprimat durerea prin mișcare și scris. Membrii acestuia s-au bucurat de sănătatea cea mai bună și au obținut cel mai mare punctaj (studiul nu a evaluat simptomele SSPT specifice). Pennebaker și Krantz au concluzionat: „Simpla expresie

a traumei nu este suficientă. Starea de sănătate necesită traducerea experienţelor în limbaj."

În realitate, nu se ştie cu siguranţă dacă această concluzie – potrivit căreia limbajul este esenţial pentru procesul de vindecare – este întotdeauna adevărată. Studiile referitoare la scris care au insistat asupra simptomelor SSPT (nu asupra stării generale de sănătate) au fost dezamăgitoare. Când am discutat despre acest lucru cu Pennebaker, acesta mi-a explicat că marea majoritate a studiilor referitoare la scris care au inclus pacienţi cu SSPT au fost realizate în cadrul şedinţelor de grup, în care participanţii trebuiau să îşi împărtăşească poveştile. El a reiterat afirmaţia pe care am făcut-o mai sus: că scopul metodei constă în a-ţi scrie ţie însuţi, lăsându-ţi sinele să ştie ce anume ai încercat să eviţi până acum.

LIMITELE LIMBAJULUI

Traumu îi copleşeşte nu doar pe vorbitori, ci şi pe ascultătorii lor. În cartea *Marele Război în memoria modernă*, un studiu de excepţie asupra Primului Război Mondial, Paul Fussell comentează într-o manieră genială zona de tăcere creată de traumă:

> Una din poverile create de război... este coliziunea dintre eveniment şi limbajul disponibil (sau gândurile corespunzătoare) care încearcă să îl descrie. Din punct de vedere logic nu există niciun motiv pentru care limba engleză să nu poată descrie corect actualitatea... războiului. Ea abundă în cuvinte precum *sânge, teroare, agonie, nebunie, la naiba, cruzime, crimă, tradare, durere* sau *minciună*, precum şi în expresii precum *picioare smulse de bombe, intestine care atârnă din mâini, tipete de-a lungul întregii nopţi, sângerare până la moarte prin rect* etc. Problema nu era una de „limbaj", cât una de blândeţe şi optimism. Adevăratul motiv [pentru care soldaţii preferau să păstreze tăcerea] era acela că ei şi-au dat repede seama că nimeni nu era cu adevărat interesat de poveştile lor triste. Ce ascultător şi-ar dori să se simtă cutremurat şi revoltat de astfel de poveşti? Oamenii au transformat expresia *de nerostit* în cuvântul „indescriptibil". În realitate, expresia înseamnă *groaznic*.

Vorbitul despre evenimentele dureroase nu ajută la crearea unei comunități; dimpotrivă. Se întâmplă adeseori ca o familie sau o organizație să îi respingă pe membrii care își spală în public rufele murdare. Prietenii și familia își pierd răbdarea față de oamenii captivi în durerea și în suferința lor. Acesta este unul din motivele pentru care victimele traumelor se retrag adeseori în sine, editându-și poveștile astfel încât acestea să provoace cea mai mică respingere din partea celor din jur.

Este o provocare enormă să găsești un loc în care să îți exprimi durerea generată de traumă. Acesta este motivul pentru care grupurile de supraviețuitori precum Alcoolicii Anonimi, Copiii Adulți ai Alcoolicilor, Narcomanii Anonimi etc. sunt atât de importante. Găsirea unei comunități care să răspundă pozitiv la nevoile tale și în care să poți spune adevărul permite recuperarea ulterioară. Tot aceasta este și motivul pentru care supraviețuitorii au nevoie de psihoterapeuți calificați care să îi asculte povestind detaliile agonizante ale vieții lor. Îmi amintesc de un moment în care un veteran de război mi-a povestit pentru prima oară cum a ucis un copil în Vietnam. Mi-am adus instantaneu aminte de un moment în care aveam șapte ani și tata mi-a spus că un copil care locuia în vecini a fost ucis în bătaie de naziști în fața casei noastre, din cauză că nu a dat dovadă de respect. Reacția mea în fața confesiunii acelui veteran a fost atât de copleșitoare încât am fost nevoit să pun capăt ședinței. Așa se explică de ce psihoterapeuții au nevoie de propriile lor ședințe de psihoterapie intensivă, astfel încât să își îngrijească propriul psihic și să poată rămâne disponibili din punct de vedere emoțional în fața pacienților lor, chiar dacă poveștile acestora le trezesc furia sau scârba.

O altă problemă apare atunci când victimele traumelor devin literalmente incapabile să mai rostească vreun cuvânt – când zona limbajului din creierul lor se blochează complet. Am asistat la astfel de momente în multe cazuri de imigrare judecate la tribunal, precum și în cazul unui ucigaș în masă din Ruanda trimis în judecată. Când li se cere să depună mărturie în privința experiențelor prin care au trecut, victimele devin adeseori atât de copleșite, încât nu mai sunt capabile să vorbească sau intră într-o stare de panică atât de mare, încât nu mai pot articula ce li s-a întâmplat. În consecință, mărturia lor este respinsă de judecător, fiind considerată prea haotică, prea confuză și prea fragmentată ca să fie credibilă.

Alți oameni încearcă să își povestească istoricul într-o manieră care să nu le reactiveze durerea. De aceea, ei par martori evazivi și nedemni de încredere. Am văzut zeci de cazuri juridice respinse de judecători din cauză că persoanele care cereau azil politic nu erau capabile să ofere relatări coerente pentru fuga lor din țara natală. De asemenea, am cunoscut numeroși veterani ale căror cereri au fost respinse de Administrația Veteranilor deoarece nu au fost capabili să precizeze ce li s-a întâmplat.

Confuzia și mutismul sunt considerate normale în cabinetele de psihoterapie: noi ne așteptăm întotdeauna ca pacienții noștri să devină copleșiți dacă facem presiuni asupra lor să ne spună noi și noi detalii legate de povestea lor. Din acest motiv, am învățat să „pendulăm" în abordarea traumei, ca să folosesc un termen inventat de prietenul meu Peter Levine. Nu evităm detaliile, dar ne învățăm pacienții să își bage mai întâi un deget în apă, apoi să îl scoată, povestind astfel treptat adevărul.

Începem astfel prin a crea „insule interioare de siguranță" în corpul lor. Cu alte cuvinte, pacienții trebuie să identifice anumite părți, posturi sau mișcări corporale care îi ajută să se centreze ori de câte ori se simt blocați, terifiați sau înfuriați. De regulă, aceste părți corporale sunt situate în afara nervului vag, care transmite mesajele de panică spre piept, abdomen și gât, și pot servi ca aliați în integrarea traumei. Spre exemplu, îmi întreb un pacient dacă se simte în siguranță la nivelul mâinilor, și dacă îmi răspunde că da, îl pun să le miște, să le exploreze ușurința, flexibilitatea și căldura. Mai târziu, dacă văd că își duce mâna la piept, iar respirația aproape că i se oprește, îl opresc și îi cer să se focalizeze asupra mâinilor sale și să le miște din nou, astfel încât să se separe de trauma sa. Alternativ, îi cer să se focalizeze asupra respirației și să observe în ce fel o poate schimba, sau să își ridice brațele în sus pe inspirație, coborându-le pe expirație – o mișcare pe care am preluat-o din qigong.

În cazul anumitor pacienți, ciocănirea punctelor de acupresură este cea mai bună ancoră. Altora le cer să își simtă greutatea corpului pe scaun sau să își așeze tălpile astfel încât să atingă complet solul. Dacă un pacient cade pradă muteniei, îi cer să se ridice în picioare și să vadă ce se întâmplă. Unii pacienți își descoperă singuri insulele de siguranță, înțelegând că își pot crea senzații corporale pentru a-și contracara pierderea controlului emoțional. Toate aceste metode

creează cadrul necesar pentru vindecarea traumei prin pendularea între stările de explorare și de siguranță, între limbaj și corp, între reamintirea trecutului și sentimentul că ești viu și trăiești în prezent.

CONFRUNTAREA CU REALITATEA

Confruntarea cu amintirile traumatice nu reprezintă însă decât începutul tratamentului. Numeroase studii au arătat că oamenii care suferă de SSPT au și alte probleme, cu focalizarea atenției și cu învățarea de informații noi. Alexander McFarlane a făcut un test simplu: el a cerut unui grup de oameni să spună cât de multe cuvinte care începeau cu litera *B* puteau într-un interval de un minut. Subiecții normali au rostit în medie 15 cuvinte; cei cu SSPT abia au reușit să identifice trei sau patru. Subiecții normali au ezitat când au văzut cuvinte amenințătoare precum „sânge", „rană" sau „viol"; cei cu SSPT au reacționat la fel de ezitant în fața unor cuvinte obișnuite, precum „lână", „înghețată" sau „bicicletă".

După o vreme, marea majoritate a oamenilor care suferă de SSPT nu mai fac efortul de a-și gestiona trecutul, dar problemele lor ies la suprafață zi de zi. Chiar și pacienții traumatizați care au succes în ceea ce fac, de pildă în învățământ, afaceri, medicină sau artă, și care își cresc foarte bine copiii, cheltuiesc mult mai multă energie pentru sarcinile de zi cu zi decât oamenii obișnuiți.

O altă capcană a limbajului este iluzia că gândirea noastră poate fi corectată cu ușurință dacă „nu are noimă". Partea „cognitivă" a terapiei cognitiv-comportamentale insistă asupra schimbării acestei „gândiri disfuncționale". Este vorba de o abordare de sus în jos care încearcă să schimbe modul de a gândi al pacientului, în care terapeutul pune la îndoială sau „reformulează" informațiile negative, de gen: „Haide să comparăm sentimentul că tu ești vinovată pentru violul tău cu faptele reale" sau „Haide să comparăm teroarea pe care o simți atunci când conduci mașina cu statisticile referitoare la siguranța rutieră în zilele noastre".

Toate acestea îmi amintesc de o femeie agitată care a venit odată la clinica noastră cerând ajutor pentru bebelușul ei, care era „foarte egoist". Ar fi beneficiat ea de pe urma unei prelegeri referitoare la dezvoltarea copilului sau a unei explicații referitoare la conceptul de altruism? Cel mai probabil astfel de informații nu ar fi ajutat-o cu

nimic atât timp cât nu ar fi căpătat acces la părțile înspăimântate și abandonate ale ființei sale, care se exprimau prin teroarea ei în fața dependenței copilului.

Fără doar și poate, oamenii traumatizați au gânduri iraționale, de gen: „Eu am fost vinovată, întrucât eram atât de sexy", „Celorlalți nu le-a fost frică; ei erau bărbați adevărați" sau „Aș fi trebuit să știu mai bine ce fac și să nu o iau pe acea stradă". Cel mai bine este să tratăm astfel de gânduri ca amintiri retroactive cognitive (sub formă de flash-uri) pe care nu le putem contesta, la fel cum nu putem contesta imaginile legate de un accident teribil care le apar altora. Ele sunt reziduuri ale incidentelor traumatice, lucruri la care se gândeau în momentul traumei sau la scurt timp după aceasta, și care sunt reactivate în condiții de stres. Cea mai bună modalitate de a le trata este EMDR, subiectul capitolului următor.

TRANSFORMAREA CORPULUI

Motivul pentru care oamenii se simt copleșiți atunci când își spun povestea traumei și pentru care au amintiri cognitive este că creierul lor s-a schimbat. Așa cum au observat Freud și Breuer, trauma nu acționează pur și simplu ca un agent de eliberare a simptomelor. Dimpotrivă, „trauma psihică – sau mai precis amintirea ei – acționează ca un corp străin care aspiră să se exprime, trebuind să fie considerată ca un agent care continuă să fie operațional". La fel ca o așchie care generează o infecție, ea reprezintă răspunsul corpului la un obiect străin, care devine o problemă mai mare decât obiectul însuși.

Neuroștiința modernă susține plenar ideea lui Freud potrivit căreia multe din gândurile noastre sunt raționalizări complexe ale instinctelor, reflexelor, motivelor și amintirilor noastre profunde care ies din subconștient. Așa cum am văzut, trauma interferează cu funcționarea adecvată a zonelor cerebrale care gestionează și interpretează experiențele. Un simț robust al identității de sine – care îi permite persoanei să afirme cu încredere: „Iată ce se întâmplă cu mine" – depinde de colaborarea sănătoasă și dinamică între aceste zone.

Aproape toate studiile bazate pe imagini ale creierului în care au fost implicați pacienți traumatizați au descoperit o activare anormală a insulei. Această parte a creierului integrează și interpretează informațiile primite de la organele interne – inclusiv de la mușchi,

încheieturi și sistemul de echilibru (proprioceptiv) – generând senzația că suntem întrupați. Insula poate transmite semnale amigdalei, care declanșează apoi reacția de tip „luptă sau fugi", fără vreo informație cognitivă sau vreo recunoaștere conștientă a faptului că ceva nu este în regulă. Persoana se simte pur și simplu agitată și nu se mai poate concentra, sau și mai rău, simte că se află într-un pericol iminent. Astfel de sentimente foarte intense sunt generate în adâncul creierului și nu pot fi eliminate cu ajutorul rațiunii sau al înțelegerii.

Acest asalt continuu al senzațiilor corporale la care conștiința nu are acces produce alexitimie: incapacitatea de a simți și de a transmite ce se întâmplă în interiorul tău. Numai prin intrarea în contact cu propriul corp și prin conectarea viscerală a propriului sine își poate redobândi pacientul simțul identității de sine, al priorităților și al valorilor sale. Alexitimia, disocierea și blocarea emoțională implică acele structuri ale creierului care ne permit să ne focalizăm, să știm ce anume simțim și să acționăm pentru a ne proteja. Atunci când aceste structuri esențiale sunt supuse unui șoc fără scăpare, rezultatul poate fi o stare de confuzie sau de agitație, dar și o detașare emoțională însoțită adeseori de experiențe extracorporale – sentimentul că îți privești de departe propriul corp. Cu alte cuvinte, trauma îi face pe oameni să se simtă ca și cum ar fi *altcineva*, sau *nimeni* (indeosebi dintr-o perspectivă corporală). În consecință, pentru a vindeca trauma, pacientul are nevoie de ajutor ca să poată reintra în contact cu *corpul său*, adică cu *Sinele său*.

Nu există nicio îndoială că limbajul este esențial. Identitatea noastră de sine depinde de recunoașterea amintirilor noastre într-o manieră coerentă. Acest lucru necesită existența unor conexiuni funcționale între creierul conștient și sistemul identității corporale – conexiuni care sunt adeseori afectate de traumă. Povestea integrală nu poate fi spusă decât după repararea acestor structuri și după crearea unui fundament, respectiv după ce „nimeni" devine „cineva".

CAPITOLUL 15

DETAŞAREA DE TRECUT: EMDR

A fost oare o vedenie, sau un vis în stare de veghe?
Muzica a dispărut - Oare dorm sau sunt treaz?

— John Keats

David, un constructor de vârstă mijlocie, a venit să mă consulte ca urmare a atacurilor sale de furie violentă, care îi transformaseră căminul într-un veritabil iad. Încă de la prima noastră şedinţă mi-a spus o poveste legată de ceea ce i s-a întâmplat într-o vară, când avea 23 de ani. Lucra ca salvamar la un ştrand, iar într-o după-amiază un grup de puşti s-au adunat acolo, bând bere şi stropind pe toată lumea. David le-a spus că alcoolul nu era permis în incinta ştrandului. Ca răspuns, băieţii l-au atacat, iar unul dintre ei i-a scos ochiul stâng cu o sticlă de bere spartă. 30 de ani mai târziu, încă mai avea coşmaruri şi vedenii legate de acel incident.

David îşi critica nemilos fiul adolescent şi striga la el pentru cea mai mică abatere. În plus, era incapabil să îi arate vreun strop de afecţiune soţiei sale. Pe un anumit nivel, el simţea că pierderea tragică a ochiului său îi dădea permisiunea de a-i abuza pe ceilalţi oameni, dar pe de altă parte detesta persoana violentă şi răzbunătoare în care se transformase. Observase că eforturile sale de a-şi ţine sub control furia îl umpleau de tensiuni cronice şi se întreba dacă teama sa de a nu-şi pierde controlul nu îl privase pentru totdeauna de iubire şi de prietenie.

La cea de-a doua şedinţă, i-am prezentat lui David o procedură numită desensibilizare şi reprocesare cu ajutorul mişcărilor oculare (EMDR[1]). I-am cerut lui David să se gândească la detaliile agresiunii

[1] De la *eye movement desensitization and reprocessing*. (n. tr.)

la care a fost supus și să vizualizeze atacul, sunetele pe care le-a auzit atunci și gândurile care i-au trecut prin minte. „Lasă întreaga amintire să îți umple mintea", i-am spus.

I-am cerut apoi să îmi urmărească degetul arătător în timp ce îl mișcam lent într-o parte și în alta la circa 20 de centimetri de ochiul său drept. După doar câteva secunde o veritabilă cascadă de furie și de teroare a ieșit la suprafață, însoțită de senzații foarte ascuțite de durere, înroșirea bruscă a obrajilor și realizarea că nu mai poate vedea. În timp ce îmi descria toate aceste senzații, am scos câteva sunete de încurajare și am continuat să îmi mișc degetul. La fiecare câteva minute mă uitam și îi ceream să inspire adânc. Îl întrebam apoi ce se întâmplă în momentul de față în mintea lui. De această dată și-a adus aminte de o bătaie din perioada școlii. I-am cerut să o evoce și să o vizualizeze plenar. Pe măsură ce am continuat, David și-a adus aminte de alte lucruri, aparent aleatorii, cum ar fi căutarea ulterioară a agresorilor săi, dorința de a se răzbuna cu cruzime pe ei sau certurile și bătăile din baruri. Ori de câte ori îmi vorbea despre o nouă amintire sau senzație, îl invitam să își conștientizeze plenar starea de spirit și să îmi urmărească în continuare mișcările degetului.

La sfârșitul acestei ședințe, arăta mai calm și vizibil ușurat. Mi-a spus că amintirea rănirii sale își pierduse din intensitate, părându-i-se acum doar un incident neplăcut care i s-a întâmplat cu mult timp în urmă. „A fost neplăcut, mi-a spus el gânditor, și m-a deturnat ani la rând, dar sunt surprins totuși ce viață frumoasă am reușit să îmi creez."

La următoarea noastră ședință, în săptămâna care a urmat, ne-am ocupat de consecințele traumei sale: faptul că a consumat ani la rând alcool și droguri pentru a-și ține sub control furia. După ce am reluat suitele EMDR, noi amintiri au ieșit la suprafața conștiinței sale. Astfel, David și-a adus aminte că a discutat cu un gardian de la închisoarea la care era închis agresorul său să îl omoare pe acesta, după care s-a răzgândit. Reamintirea acestei decizii a fost profund eliberatoare pentru el, căci ajunsese să se considere un monstru imposibil de controlat. Faptul că a fost capabil să își transceandă dorința de răzbunare l-a ajutat să intre în contact cu o altă latură a sa, mai generoasă și mai plină de compasiune.

În continuare, David a realizat spontan că își trata fiul ca și cum acesta ar fi fost unul din atacatorii săi adolescenți. La sfârșitul ședinței, m-a întrebat dacă ne puteam întâlni data viitoare inclusiv cu fiul

și cu soția sa, pentru a-i putea spune celui dintâi ce i s-a întâmplat și pentru a-i cere iertare. La cea de-a cincea și ultima noastră ședință, mi-a spus că dormea mai bine și că pentru prima dată în viața lui simțea o stare de pace interioară profundă. Un an mai târziu, m-a sunat și mi-a povestit că s-a apropiat foarte mult de soția lui, începând să practice yoga împreună cu ea, că râdea mai mult și că și-a găsit o mare plăcere în grădinărit și în lucrul manual cu lemnul.

ÎNVĂȚAREA DESPRE EMDR

Experiența mea cu David este doar una din multele pe care le-am avut în ultimele două decenii, în care EMDR m-a ajutat să transform amintirile dureroase legate de traume în niște simple evocări ale unor incidente petrecute cu mult timp în urmă. Cea care mi-a prezentat metoda a fost Maggie, o tânără și exuberantă doctoriță psiholog care conducea un cămin pentru fetele abuzate sexual. Maggie se ciondănea cu absolut toată lumea, mai puțin cu fetele de 13-14 ani pe care le îngrijea. A consumat droguri, a avut nenumărați iubiți periculoși și adeseori violenți, se certa adeseori cu șeful și se muta dintr-un loc în altul pentru că nu-și putea tolera colegii de cameră (nici ei pe ea). Nu am înțeles niciodată cum a reușit să se concentreze suficient de mult pentru a-și lua doctoratul în psihologie de la o facultate prestigioasă.

Maggie a fost trimisă să se integreze într-un grup terapeutic pentru femei cu probleme similare, pe care îl conduceam la acea vreme. La a doua ședință la care a participat, s-a ridicat și ne-a spus că a fost violată de două ori de tatăl ei, odată când avea cinci ani și a doua oară când avea șapte ani. Era convinsă că a fost vina ei. Își iubea tăticul, ne-a explicat ea, și trebuie să se fi purtat atât de seducător încât acesta nu i-a mai rezistat. Ascultând-o, m-am gândit: „Chiar dacă nu își învinovățește tatăl, îi învinovățește cu siguranță pe toți ceilalți", inclusiv pe psihoterapeuții cu care a lucrat anterior, pentru că nu au ajutat-o să se simtă mai bine. La fel ca mulți alți supraviețuitori ai traumelor, Maggie spunea un lucru în cuvinte, și cu totul altul prin acțiunile sale, prin care reitera diferite aspecte ale traumei sale.

Într-o bună zi, Maggie a venit la grup pentru a discuta despre o experiență remarcabilă pe care a avut-o în weekendul trecut, când a urmat un curs de pregătire în EMDR pentru profesioniști. La acea vreme nu auzisem decât că EMDR era un trend de ultimă oră în care

terapeuții își mișcau un deget prin fața ochilor pacienților lor. Din perspectiva mea academică (și a colegilor mei), suna ca o altă nebunie care lovea din când în când lumea psihiatriei, așa că am fost convins că aceasta va fi doar o altă fundătură în care Maggie intra atât de ușor.

Maggie ne-a povestit că în timpul ședinței sale EMDR și-a adus aminte cu claritate de violul petrecut când avea șapte ani, de această dată însă din perspectiva copilului care a fost la acea vârstă. Ne-a spus că a putut simți efectiv fizic cât de micuță era. Putea simți corpul uriaș al tatălui ei peste ea și mirosul de alcool din respirația lui. Pe de altă parte, a continuat, ea a putut observa incidentul inclusiv din perspectiva sinelui ei curent, de 29 de ani. În final, a izbucnit în lacrimi: „Eram doar o fetiță mică! Cum a putut un bărbat uriaș să îi facă așa ceva unei fetițe?" A plâns o vreme, după care ne-a spus: „Acum s-a terminat. Acum știu ce mi s-a întâmplat. Nu a fost vina mea. Eram doar o fetiță, și nu aș fi putut face nimic pentru a-l împiedica să mă molesteze."

Am fost uluit. Căutam de multă vreme o modalitate de a-i ajuta pe oameni să își revadă amintirile traumatice fără a fi din nou traumatizați de ele. Se părea că Maggie avusese o experiență la fel de vie ca un flash traumatic, fără a se simți însă copleșită de ea. Oare putea EMDR să le permită oamenilor accesul în condiții de siguranță la amprentele traumei? Le putea transforma ele în niște simple amintiri ale unor evenimente petrecute cu mult timp în urmă?

Maggie a mai avut câteva ședințe de EMDR și a rămas suficient de mult în grupul nostru pentru a vedea cu toții cât de mult s-a schimbat. Ea era mult mai puțin furioasă, dar și-a păstrat acel simț sardonic al umorului care îmi plăcea atât de mult la ea. Câteva luni mai târziu, ea și-a creat o relație cu un bărbat complet diferit de cel pe care îl atrăsese anterior. Maggie a părăsit grupul, anunțându-ne că și-a vindecat trauma, așa că am decis că era momentul să mă pregătesc oficial în EMDR.

EMDR: PRIMELE EXPERIENȚE

La fel ca multe alte realizări științifice, EMDR a fost descoperit în urma unei observații aleatorii. Într-o zi din anul 1987, psihologul Francine Shapiro se plimba printr-un parc, gândindu-se la unele amintiri dureroase, când a observat că mișcările rapide ale ochilor îi

produc o ușurare dramatică a durerii sale. Cum s-a putut dezvolta una din principalele metode de tratament în urma unei astfel de experiențe de scurtă durată? Cum este posibil ca un proces atât de simplu să nu fi fost observat anterior? Inițial, sceptică în privința observației sale, Francine a verificat-o prin experimente și studii care au durat ani de zile, transformând-o treptat într-o procedură standardizată ce putea fi predată și testată prin studii controlate.

Personal, am ajuns la primul meu seminar de pregătire în EMDR într-o perioadă în care simțeam nevoia să îmi procesez eu însumi o anumită traumă. Cu câteva săptămâni înainte, preotul iezuit care era președintele departamentului meu de la Spitalul General din Massachusetts a închis subit Clinica pentru Traume, lăsându-ne pe toți în căutarea unui nou loc de muncă și a unor fonduri noi pentru a ne trata pacienții, pentru a ne pregăti studenții și pentru a ne realiza cercetările. În aceeași perioadă de timp, prietenul meu Frank Putnam, care realiza studiul pe termen lung referitor la fetele abuzate despre care am vorbit în capitolul 10, a fost concediat de la Institutele Naționale pentru Sănătate, iar Rick Kluft, cel mai faimos expert în disociere la nivel național, și-a pierdut locul de muncă de la Institutul Spitalului din Pennsylvania. Putea fi o simplă coincidență, dar mie mi se părea că întreaga mea lume era atacată.

Necazul meu legat de Clinica pentru Traume părea un test foarte bun pentru testarea EMDR. În timp ce urmăream cu privirea degetele colegului meu, prin minte mi s-au succedat rapid tot felul de scene vagi petrecute în copilărie: conversații intense la mesele de familie, confruntări cu colegii de școală în pauze, aruncarea cu pietre într-o fereastră împreună cu fratele meu mai mare – toate având calitatea imaginilor „hipnagogice" (vii și plutitoare) pe care le experimentăm atunci când suntem pe jumătate adormiți într-o dimineață de duminică, după care uităm cu totul de ele de îndată ce ne trezim complet.

După circa o jumătate de oră, ajutat de colegul meu de seminar, am evocat scena în care șeful meu mi-a spus că închidea clinica. De această dată, mă simțeam resemnat: „Mă rog, așa a fost să fie; acum este momentul să merg mai departe." De atunci, nu am mai privit niciodată înapoi, chiar dacă mai târziu clinica a fost redeschisă și a înflorit. A fost EMDR sigurul motiv pentru care am reușit să mă detașez de mânia și de supărarea mea? Nu voi ști niciodată cu o certitudine absolută, dar nu pot să nu recunosc că această călătorie

mentală – care a inclus numeroase scene din copilărie fără nicio legătură cu trauma pe care doream să o tratez – nu a semănat cu nimic din tot ce am experimentat în timpul terapiei prin vorbire.

Ceea ce s-a întâmplat în continuare, când a fost rândul meu să administrez EMDR în cadrul seminarului, a fost încă și mai uimitor. Am schimbat partenerul de echipă cu un psihiatru pe care nu îl cunoșteam și care mi-a spus că dorea să își rezolve anumite incidente dureroase din copilărie referitoare la tatăl său, pe care nu dorea să le discute cu mine. Nu am lucrat niciodată cu trauma unui pacient fără să cunosc „povestea" lui, așa că mă simțeam iritat și frustrat de refuzul lui de a-mi împărtăși toate detaliile. De îndată ce am început să îmi deplasez degetele prin fața ochilor lui, partenerul meu a început să dea semne de tulburare intensă, a început să plângă și respirația i-a devenit rapidă și superficială. Ori de câte ori îi puneam întrebările pe care le impunea protocolul metodei, el refuza să îmi spună ce îi trece prin minte.

La sfârșitul ședinței noastre de 45 de minute, primul lucru pe care mi l-a spus colegul meu a fost că lucrul cu mine i s-a părut atât de neplăcut încât nu îmi va trimite niciodată vreun pacient de-al său. Altminteri, a adăugat, ședința EMDR i-a vindecat trauma produsă de abuzul tatălui său. Deși eram sceptic și îl suspectam că a fost nepoliticos cu mine exact din cauza sentimentelor sale nerezolvate față de tatăl lui, trebuia să recunosc că mi se părea mult mai relaxat decât înainte.

M-am dus imediat la instructorul nostru pentru EMDR, Gerald Puk, și i-am relatat confuzia mea. În mod evident, partenerul meu mă antipatiza, iar în timpul ședinței EMDR a părut extrem de tulburat, dar acum pretindea că suferința lui de lungă durată s-a disipat. Cum aș fi putut ști dacă trauma lui era într-adevăr vindecată dacă nu era dispus să îmi povestească ce i s-a întâmplat în timpul ședinței?

Gerry mi-a zâmbit și m-a întrebat dacă nu am ales profesiunea de psihiatru tocmai ca să îmi vindec anumite probleme personale. I-am confirmat că marea majoritate a oamenilor care mă cunoșteau credeau că exact așa stăteau lucrurile. M-a întrebat apoi dacă mi se părea semnificativ atunci când oamenii îmi împărtășeau poveștile lor legate de traume. Da, i-am confirmat eu. În final, mi-a spus: „Știi, Bessel, poate că ar trebui să te detașezi puțin de tendințele tale voyeuriste. Dacă este atât de important pentru tine să asculți poveștile traumatice ale altor oameni, du-te într-un bar, pune o sută

de dolari pe masă și spune-i vecinului tău: ‚O să îți cumpăr cât vrei de băut dacă îmi spui povestea care te-a traumatizat cel mai tare.' Trebuie totuși să faci diferența între dorința ta de a auzi poveștile oamenilor și procesul intern de vindecare al pacienților tăi." Am ținut cont de sfatul lui Gerry, pe care l-am repetat mai târziu tuturor studenților mei.

Am plecat de la seminarul EMDR preocupat de trei probleme care continuă să mă fascineze până astăzi:

- EMDR eliberează ceva din minte/creier, permițându-le oamenilor un acces rapid la amintirile și imaginile asociate din trecutul lor. Acest lucru îi ajută să așeze amintirile traumatice într-un context sau într-o perspectivă mai amplă.
- Oamenii par să își vindece trauma fără să vorbească despre ea. EMDR îi ajută să își observe experiențe într-o manieră nouă, fără un schimb verbal cu o altă persoană.
- EMDR poate ajuta chiar dacă pacientul și psihoterapeutul său nu au o relație bazată pe încredere. Acest lucru mi se pare extrem de ciudat, căci trauma îi lasă rareori – pe bună dreptate – pe oameni cu o deschidere la nivelul inimii.

În anii care au urmat, am aplicat EMDR unor pacienți care nu vorbeau decât swahili, dialectul mandarin sau cel breton, limbi în care nu știu să spun decât „Te rog să observi ce se întâmplă" – instrucțiunea cheie din EMDR. (Am avut întotdeauna un traducător la dispoziție, dar numai pentru a explica pașii procesului.) Dat fiind că EMDR nu îi cere pacientului să vorbească despre ceea ce i se pare intolerabil sau să îi explice terapeutului de ce este atât de supărat, metoda îi permite să rămână focalizat asupra experienței sale lăuntrice, cu rezultate adesori ieșite din comun.

STUDIEREA EMDR

Clinica pentru Traume a fost salvată de un manager din cadrul Departamentului Pentru Sănătate Mintală din Massachusetts, care a urmărit munca noastră cu copiii și ne-a cerut să preluăm sarcina de a organiza o echipă de reacție la traumele din comunitate pentru zona

Bostonului. Acest lucru s-a dovedit suficient pentru a ne acoperi operațiunile de bază, iar restul a fost asigurat de membrii unui personal plin de energie, cărora le plăcea ce făceam, inclusiv recent-descoperita putere a EMDR de a vindeca o parte din pacienții pe care nu i-am putut ajuta anterior.

Împreună cu colegii mei, am început să ne arătăm reciproc filmele video ale ședințelor noastre EMDR cu pacienții cu SSPT, care ne-au permis să observăm îmbunătățiri dramatice de la o săptămână la alta. Am început apoi să măsurăm formal progresul acestora cu ajutorul unei scale standard de evaluare a SSPT. De asemenea, am aranjat cu Elizabeth Matthew, o tânără specialistă în imagistică neuro de la Spitalul Deaconess din New England, să scaneze creierele a 12 pacienți înainte și după tratament. După numai trei ședințe EMDR, opt din cei 12 pacienți au prezentat o reducere semnificativă a scorului SSPT. Scanările ne-au arătat o creștere dramatică a activării lobului prefrontal după tratament, precum și o activitate mult mai susținută la nivelul cingulatului anterior și în ganglionii bazali. Această schimbare explica diferența pe care o simțeau aceștia în maniera în care își experimentau trauma.

Unul dintre pacienți ne-a raportat: „Îmi amintesc ce s-a întâmplat la fel ca în cazul altor amintiri reale, dar scenele îmi apar acum ca fiind mai distanțate în timp. De regulă, mă înecam în amintirile mele, dar de această dată mi se părea că pluteam pe deasupra lor. Aveam sentimentul că dețin controlul." O altă femeie ne-a spus: „Înainte simțeam fiecare pas al evenimentului traumatic. Acum îmi apare ca un tot unitar, nu sub formă de fragmente, așa că îmi este mult mai ușor să îl controlez." Trauma și-a pierdut puterea hipnotică asupra pacienților, devenind o simplă poveste referitoare la ceva ce s-a întâmplat cu foarte mult timp în urmă.

În continuare, am reușit să obținem o finanțare de la Institutul Național pentru Sănătate Mintală, pentru a compara efectele EMDR cu cele ale dozelor standard de Prozac sau cu un placebo. Dintre cei 88 de subiecți pe care i-am ales, 30 au beneficiat de tratamentul EMDR, 28 au primit Prozac, iar restul o pastilă cu zahăr. Așa cum se întâmplă adeseori, oamenii care au primit placeboul s-au simțit mai bine. După opt săptămâni, îmbunătățirea condiției lor cu 42% a fost mai mare decât cea generată de multe alte tratamente „bazate pe dovezi".

Cei din grupul care a luat Prozac s-au simțit puțin mai bine decât cei din grupul care a primit un placebo, dar numai la limită. Acest lucru este valabil pentru marea majoritate a studiilor referitoare la medicamentele pentru SSPT: simplul fapt că vin la tratament îi face pe pacienți să se simtă mai bine cu un procent cuprins între 30 și 42%. Dacă medicamentele funcționează, ele mai adaugă 5 până la 15 procente. În schimb, pacienții care au beneficiat de EMDR s-au simțit substanțial mai bine decât cei din celelalte două grupuri: după opt ședințe EMDR, un sfert dintre ei erau complet vindecați (scorurile lor SSPT au scăzut la un nivel neglijabil), prin comparație cu doar o zecime din cei care au luat Prozac. Adevărata diferență s-a produs însă în timp: când i-am intervievat pe subiecți opt luni mai târziu, 60% dintre cei care au beneficiat de EMDR s-au dovedit a fi complet vindecați. Așa cum a declarat marele psihiatru Milton Erickson, dacă îi dai un brânci bușteanului, râul are grijă de rest. De îndată ce au început să își integreze amintirile traumatice, pacienții au continuat să se vindece în mod spontan. La antipod, cei care au luat Prozac au căzut din nou în depresie după ce nu au mai luat medicamentul.

Acest studiu a fost extrem de semnificativ, deoarece a demonstrat că o terapie specifică, focalizată exclusiv asupra SSPT, precum EMDR, se poate dovedi mult mai eficientă decât medicamentele. Alte studii au confirmat că dacă pacienții iau Prozac sau alte medicamente înrudite, precum Celexa, Paxil și Zoloft, simptomele lor SSPT se îmbunătățesc adeseori, dar numai atât timp cât continuă să ia aceste medicamente. Prin urmare, tratamentul cu medicamente este mult mai scump pe termen lung. (Interesant este și faptul că deși Prozacul este considerat un antidepresiv major, studiul nostru a arătat că EMDR produce o reducere mai mare a scorului pentru depresie decât medicamentul.)

O altă descoperire cheie a studiului nostru a fost aceea că adulții cu un istoric de traumă în copilărie reacționează foarte diferit la EMDR prin comparație cu cei traumatizați în stadiul de adult. La sfârșitul celor opt săptămâni de tratament, aproape jumătate dintre subiecții traumatizați în stadiul de adult erau complet vindecați, dar numai 9% dintre cei traumatizați în copilărie au dovedit o îmbunătățire comparabilă. Opt luni mai târziu, rata celor vindecați a fost de 73% pentru cei din primul grup și de

numai 25% pentru cei din grupul al doilea. Într-o manieră similară, grupul celor abuzaţi în copilărie a reacţionat pozitiv la Prozac, dar fără a se vindeca.

Aceste rezultate confirmă descoperirile despre care am vorbit în capitolul 9: abuzul cronic în copilărie generează adaptări mentale şi biologice diferite prin comparaţie cu evenimentele traumatice produse în stadiul de adult. EMDR este un tratament eficient pentru amintirile traumatice blocate, dar nu rezolvă întotdeauna efectele trădării şi abandonării care însoţesc abuzul fizic şi sexual din copilărie. De altfel, opt săptămâni de terapie de orice fel sunt rareori suficiente pentru a rezolva moştenirea de lungă durată a traumei.

În anul 2014, studiul nostru referitor la EMDR a generat cele mai pozitive rezultate prin comparaţie cu orice alt studiu publicat referitor la oameni care au dezvoltat SSPT în urma unui eveniment traumatic petrecut în anii de adult. În pofida acestor rezultate şi ale altor zeci de studii similare, mulţi dintre colegii mei continuă să rămână sceptici în privinţa EMDR, poate şi pentru că li se pare prea frumos ca să fie adevărat, sau prea simplu pentru a fi atât de eficient. Nu-mi este greu deloc să înţeleg acest scepticism, căci EMDR este o procedură extrem de neobişnuită. Interesant este şi faptul că în cadrul primului studiu ştiinţific solid care a aplicat EMDR pentru veteranii de război cu SSPT, aşteptările legate de EMDR au fost atât de reduse încât metoda a fost inclusă doar ca o condiţie de control pentru compararea cu terapia prin relaxare asistată de neurofeedback. Spre surpriza cercetătorilor, cel mai eficient tratament s-a dovedit a fi 12 şedinţe de EMDR. De atunci, EMDR a devenit unul din tratamentele pentru SSPT acceptate de Departamentul pentru Afacerile Veteranilor.

ESTE EMDR O FORMĂ A TERAPIEI PRIN EXPUNERE?

Unii psihologi au emis ipoteza că EMDR îi desensibilizează pe pacienţi în raport cu amintirile lor traumatice, fiind în consecinţă un tip de terapie prin expunere. O descriere mai corectă ar fi aceea că EMDR *integrează* amintirile traumatice. Aşa cum a arătat studiul nostru, după EMDR pacienţii s-au gândit la trauma lor ca la un eveniment coerent din trecut, fără să mai experimenteze senzaţii şi imagini disociate de context.

Amintirile evoluează și se schimbă. Imediat după crearea unei amintiri, ea trece printr-un proces de integrare și reinterpretare de lungă durată care se produce automat în minte/creier, fără vreun impuls provenit de la sinele conștient. Atunci când procesul se încheie, experiența este integrată cu alte evenimente ale vieții și nu mai are o viață de sine stătătoare. Așa cum am văzut, în cazul SSPT acest proces dă greș și amintirea rămâne blocată, nedigerată și neprocesată.

Din păcate, foarte puțini psihologi sunt învățați în perioada lor de pregătire profesională cum funcționează sistemul de procesare a amintirilor din creier. Această omisiune poate conduce la abordări greșite ale tratamentului. Spre deosebire de fobii (cum ar fi cea față de păianjeni, care este bazată pe o teamă irațională), stresul posttraumatic este rezultatul unei reorganizări fundamentale a sistemului nervos central, bazată pe experimentarea unei amenințări autentice cu anihilarea (sau cu vederea anihilării unei alte persoane), fapt care reorganizează experiența sinelui (care este perceput ca fiind neajutorat) și interpretarea realității (lumea exterioară devine percepută ca un loc periculos).

În cadrul terapiei prin expunere, pacienții devin la început extrem de agitați. Atunci când își amintesc de experiența lor traumatică, pulsul, tensiunea lor și hormonii stresului cresc dramatic, dar dacă reușesc să se țină de tratament și continuă să își retrăiască trauma, ei devin încetul cu încetul din ce în ce mai puțin reactivi și din ce în ce mai puțin înclinați să se dezintegreze atunci când își reamintesc evenimentul traumatic. În consecință, ei obțin un scor SSPT mai mic. Din câte se știe însă, simpla expunere la vechile amintiri traumatice nu le integrează pe acestea în contextul general al vieții pacientului și nu îl ajută pe acesta să revină la angajamentul plin de bucurie și la activitățile de dinaintea traumei.

La antipod, EMDR și tratamentele discutate în capitolele următoare – sistemele familiale interne, yoga, neurofeedbackul, terapia psihomotorie și teatrul – nu se focalizează exclusiv asupra reglării amintirilor intense activate de trauma, ci și asupra restabilirii responsabilității, angajamentului și integrării, prin reasumarea corpului și a minții.

PROCESAREA TRAUMEI CU AJUTORUL EMDR

Kathy era o studentă de 21 de ani de la o universitate locală. Când am cunoscut-o, arăta absolut îngrozită. Făcuse psihoterapie trei

ani la rând cu un terapeut în care avea încredere și de care se simțea înțeleasă, dar nu făcuse niciun progres. După cea de-a treia încercare de sinucidere, Kathy a fost trimisă la mine de clinica universității, în speranța că noua tehnică despre care le-am vorbit colegilor mei de acolo avea să o ajute.

La fel ca alți pacienți traumatizați de-ai mei, Kathy era capabilă să se dedice în totalitate studiilor sale. Atunci când citea o carte sau scria o lucrare de cercetare, ea uita de orice altceva. Prin urmare, era o studentă foarte bună, chiar dacă nu avea habar cum să își creeze o relație cu sine însăși bazată pe iubire, ca să nu mai vorbim de un partener intim.

Kathy mi-a spus că tatăl ei a folosit-o mulți ani la rând punând-o să se prostitueze în copilărie. În mod normal, acest lucru m-ar fi determinat să mă gândesc la EMDR doar ca la o terapie adiacentă, nu principală. Cu toate acestea, ea a reacționat excelent la EMDR, recuperându-se integral după numai opt ședințe, de departe cea mai scurtă perioadă de vindecare pe care am întâlnit-o până atunci la cineva cu un istoric de abuz sever în copilărie. Aceste ședințe au avut loc în urmă cu 15 ani, iar recent, m-am întâlnit cu Kathy pentru a discuta cu ea avantajele și dezavantajele adoptării de către ea a unui al treilea copil. Kathy era o încântare: deșteaptă, amuzantă și plenar integrată în familia ei și în slujba de profesor asistent la un curs de dezvoltarea copilului.

Doresc să îți împărtășesc notițele pe care le-am luat la cea de-a patra ședință de tratament EMDR a lui Kathy, nu doar pentru a demonstra ce se întâmplă de regulă într-o astfel de ședință, ci și pentru a revela cum acționează mintea umană atunci când integrează o experiență traumatică. Nicio scanare a creierului, nicio analiză a sângelui și nicio scală de evaluare nu poate măsura așa ceva, și chiar o înregistrare video poate arăta doar un crâmpei din puterea EMDR de a descătușa puterile imaginative ale minții.

Kathy și-a așezat scaunul într-un unghi de 45 de grade față de al meu, astfel încât să stăm la o distanță de circa un metru unul de celălalt. I-am cerut să se gândească la o amintire deosebit de dureroasă și să încerce să își aducă aminte tot ce a auzit, a văzut, a gândit și a simțit la nivel corporal în acele momente. (Înregistrările mele nu precizează dacă mi-a mărturisit în ce consta acea amintire particulară; presupun că nu, de vreme ce nu am notat această amintire.)

Am întrebat-o dacă se află „în interiorul amintirii", și când mi-a confirmat, am întrebat-o cât de reală i se pare aceasta, pe o scală de la 1 la 10. Aproximativ 9, mi-a răspuns ea. I-am cerut apoi să îmi urmărească degetul care se mișca prin fața ochilor ei. La fiecare aproximativ 25 de mișcări oculare, îi spuneam: „Inspiră adânc", după care continuam: „Acum ce gânduri îți trec prin minte?" sau „Ce imagini vezi?" Kathy îmi spunea la ce se gândește. Ori de câte ori tonalitatea vocii sale, expresia facială, mișcările corporale sau modul în care respira îmi indicau că gândurile sale îi evocau o temă emoțională semnificativă, îi spuneam: „Observă ce se întâmplă", după care începeam un nou set de mișcări, timp în care nu trebuia să vorbească. În afara acelor câteva cuvinte, am păstrat tăcerea de-a lungul celor 45 de minute ale ședinței.

Iată asocierea pe care mi-a raportat-o Kathy după prima suită a mișcărilor oculare: „Îmi dau seama că am rămas cu cicatrice, de când tata mi-a legat mâinile la spate. O altă cicatrice mi-a rămas după ce m-a marcat ca fiind proprietatea lui, iar aici [îmi arată] sunt semne ale unor mușcături." Părea surprinsă, dar uimitor de calmă în timp ce își aducea aminte: „Îmi amintesc că am fost stropită cu benzină. Tata mi-a făcut poze cu un aparat Polaroid, după care m-a scufundat în apă. Am fost violată de tata și de doi prieteni de-ai săi; eram legată de o masă. Îmi amintesc că m-au violat cu sticle de bere Budweiser."

Am simțit cum mi se încleștează stomacul, dar nu am făcut niciun comentariu, cerându-i lui Kathy să păstreze aceste amintiri în minte. După alte circa 30 de mișcări laterale cu degetul, m-am oprit văzând-o că zâmbește. Când am întrebat-o la ce se gândea, mi-a răspuns: „Mă aflam la un curs de karate. A fost grozav! Știam să mă lupt. I-am văzut pe ceilalți dând înapoi în fața mea. Am strigat: „Nu-ți dai seama că mă rănești? Nu sunt iubita ta." I-am spus: „Păstrează aceste amintiri" și am început o nouă suită de mișcări. Când aceasta s-a încheiat, Kathy mi-a spus: „Am în minte o imagine a două individualități ale mele: fetița drăgălașă și inteligentă care am fost... și acea târfă mică. Toate acele femei care nu au știut să aibă grijă de ele și de bărbații lor – lăsându-mă pe mine să îi servesc." În timpul următoarei suite de mișcări a început să plângă, iar după ce s-a oprit, mi-a spus: „Am văzut cât de mică eram – cât de brutalizată a fost acea fetiță. Nu a fost vina mea." I-am confirmat dând din cap și i-am spus: „Așa este. Păstrează amintirea." La următoarea rundă de

mișcări, Kathy mi-a spus: „Îmi vizualizez acum întreaga viață – eul meu de adult ținând în brațe eul meu de copil și spunându-i: ‚Acum ești în siguranță.'" Am încurajat-o din nou, dând din cap, și am continuat ședința.

Imaginile au continuat să se succeadă prin mintea lui Kathy: „Văd imagini ale unui buldozer care a demolat casa în care am crescut. S-a terminat!" În continuare, Kathy a apucat-o într-o altă direcție: „Mă gândesc cât de mult îmi place de Jeffrey [un băiat de la unul din cursurile ei]. Mă gândesc că nu i-ar plăcea să iasă cu mine. Nu cred că aș putea gestiona o relație cu el. Nu am fost niciodată iubita cuiva până acum și nu știu cum să fiu." Am întrebat-o ce anume credea că trebuie să știe și am început o nouă suită de mișcări. „Acum văd o persoană care își dorește pur și simplu să fie cu mine; dar mi se pare prea simplu. Nu știu cum să fiu eu însămi în preajma altor bărbați. Mă simt impietrită".

În timp ce îmi urmărea degetul, Kathy a început să suspine. Când m-am oprit, mi-a spus: „Mă văd stând cu Jeffrey într-o cafenea. Tata intră pe ușă. Începe să răcnească la mine din toți rărunchii, rotind un topor în mână. Îmi strigă: ‚Ți-am spus că ești proprietatea mea.' Mă pune pe masă și mă violează, după care îl violează inclusiv pe Jeffrey." Acum plângea de-a binelea. „Cum te-ai putea deschide față de altcineva în condițiile în care ai viziuni cu tatăl tău care te violează pe tine și pe iubitul tău?" Mi-aș fi dorit să o alin, dar știam că trebuie să las aceste asocieri pe care le făcea să continue. I-am cerut să se focalizeze asupra senzațiilor pe care le simțea în corpul ei: „Îmi simt brațele, umerii și partea dreaptă a pieptului. Nu îmi doresc altceva decât să fiu ținută în brațe." Am continuat ședința de EMDR. Când m-am oprit, Kathy părea relaxată. „L-am auzit pe Jeffrey spunându-mi că este în regulă, că a fost trimis aici ca să aibă grijă de mine; că nu am făcut nimic rău și că își dorea să fie cu mine de dragul meu." Am întrebat-o din nou ce simțea la nivel corporal. „Mă simt cu adevărat împăcată. Tremur ușor, ca atunci când înveți să îți folosești niște mușchi noi. Simt o anumită ușurare. Jeffrey știe deja aceste lucruri. Mă simt vie, ca și cum totul s-ar fi terminat. Mă tem însă că tata și-a găsit o altă fetiță mică, iar acest lucru mă umple de tristețe. Mi-aș dori să o pot salva."

Pe măsură ce am continuat, amintirile traumatice au revenit, împreună cu alte gânduri și imagini: „Simt nevoia să vomit... Simt tot felul de mirosuri: de parfum de proastă calitate, de alcool și de vomă." Câteva minute mai târziu, Kathy plângea cu suspine: „Îmi simt efectiv mama lângă mine. Este ca și cum și-ar dori să o iert. Trăiesc sentimentul că același lucru i s-a întâmplat și ei. Își cere în mod repetat iertare de la mine. Îmi spune că același lucru i s-a întâmplat și ei, cu bunicul meu. De asemenea, că bunicii mele îi pare rău că nu poate fi aici ca să mă protejeze." Am continuat să îi cer să respire adânc și să se scufunde în amintirile ei.

La sfârșitul următoarei suite de mișcări, Kathy mi-a spus: „Simt că s-a terminat. Mi-am simțit bunica ținându-mă în brațe la vârsta mea de acum. Mi-a spus că îi pare rău că s-a măritat cu bunicul meu, și că va avea grijă împreună cu mama ca toată povestea asta să se încheie acum." După o ultimă rundă de EMDR, Kathy zâmbea: „Mă vizualizez că îl împing pe tata afară din cafenea și îl văd pe Jeffrey încuind ușa în urma lui. Acum a rămas afară. Îl pot vedea prin sticla vitrinei – toată lumea râde de el".

Cu ajutorul EMDR, Kathy a reușit să își integreze amintirile legate de trauma suferită și să se folosească de imaginația ei pentru a le transcende, simțind că le poate controla. Ea a reușit acest lucru cu o intervenție minimă din partea mea și fără a discuta cu mine despre detaliile experiențelor sale. (Nu am simțit nicio clipă vreun motiv să îi pun la îndoială acuratețea; experiențele sale au fost reale pentru ea, iar sarcina mea a fost să o ajut să le gestioneze în momentul prezent.) Procesul a eliberat ceva în mintea/creierul ei, activând noi imagini, sentimente și gânduri. A fost ca și cum forța ei vitală i-ar fi creat noi posibilități pentru viitor.

Așa cum am văzut, amintirile traumatice persistă sub forma unor imagini, senzații și sentimente desprinse de context și nemodificate. Din perspectiva mea, caracteristica cea mai remarcabilă a EMDR este aparenta sa capacitate de a activa o serie de senzații, emoții, imagini și gânduri aparent fără nicio legătură unele cu celelalte, dar asociate totuși cu amintirea inițială. Această modalitate de reasamblare a vechilor informații în structuri noi ar putea fi maniera în care integrăm noi experiențele obișnuite (netraumatice) de zi cu zi.

EXPLORAREA CONEXIUNII CU SOMNUL

La scurt timp după ce am aflat despre EMDR, mi s-a cerut să țin o prelegere despre activitatea mea la laboratorul pentru studierea

somnului condus de Allan Hobson de la Centrul pentru Sănătate Mintală din Massachusetts. Hobson (împreună cu profesorul său Michel Jouvet) era faimos pentru descoperirea locului în care sunt generate visele în interiorul creierului, iar unul din asistenții săi, Robert Stickgold, tocmai începea să exploreze funcția viselor. Am prezentat atunci un film video al unei paciente care a suferit timp de 13 ani de un SSPT sever în urma unui accident teribil de mașină și care, după numai două ședințe de EMDR, s-a transformat dintr-o victimă neajutorată și panicoasă într-o femeie cu o mare încredere în sine, capabilă să se afirme. Bob a rămas fascinat.

Câteva săptămâni mai târziu, o prietenă a familiei Stickgold a devenit atât de deprimată după moartea pisicii sale încât a trebuit să fie internată în spital. Psihiatrul care s-a ocupat de cazul ei a tras concluzia că moartea pisicii i-a declanșat amintiri nerezolvate legate de moartea mamei pacientei sale când aceasta avea 12 ani, și a pus-o în legătură cu Roger Solomon, un binecunoscut trainer de EMDR, care a tratat-o cu succes. În final, ea l-a sunat pe Stickgold și i-a spus: „Bob, trebuie să studiezi neapărat această metodă. Este legată de creier, nu de minte."

La scurt timp, în jurnalul *Dreaming* a apărut un articol care sugera că EMDR este asociat cu mișcarea oculară rapidă (REM), acea fază a somnului în care apar visele. Cercetările au arătat deja că somnul, și îndeosebi cel cu vise, joacă un rol decisiv în reglarea stărilor emoționale. Așa cum preciza autorul articolului din *Dreaming*, în timpul somnului REM ochii se mișcă rapid într-o parte și în alta, la fel ca în EMDR. Sporirea timpului petrecut în somnul REM reduce depresia. Invers, cu cât petrecem mai puțin timp în starea REM a somnului, cu atât mai deprimați avem tendința de a deveni.

De bună seamă, asocierea dintre SSPT și tulburările legate de somn este notorie, iar automedicația cu alcool și cu somnifere nu face decât să perturbe și mai tare somnul REM. În timpul petrecut la AV, am descoperit împreună cu colegii mei că veteranii cu SSPT se trezesc rapid de îndată ce intră în etapa REM a somnului, probabil din cauză că își activează un fragment al traumei în timpul unui vis. Alți cercetători au remarcat și ei acest fenomen, dar nu cred că el este relevant pentru înțelegerea SSPT.

La ora actuală se știe că atât somnul profund fără vise cât și somnul REM joacă un rol important în procesul de schimbare în

timp a amintirilor. În timpul somnului, creierul remodelează amintirile prin punerea accentului pe informațiile relevante din punct de vedere emoțional, în timp ce cele irelevante pălesc. Într-o serie de studii foarte elegante, Stickgold și colegii săi au arătat că în timpul somnului, creierul dă sens unor informații a căror relevanță nu ne este clară atunci când suntem treji, integrându-le astfel în sistemul mai amplu al memoriei.

Visele reiterează, recombină și reintegrează fragmente de amintiri vechi de luni sau chiar de ani de zile. Ele actualizează incontinuu realitățile subterane care determină subiectele asupra cărora se focalizează mintea noastră în starea de veghe. Ceea ce este încă și mai relevant pentru EMDR, în timpul somnului REM noi ne activăm mai multe asociații aparent fără legătură unele cu celelalte decât o facem în timpul celorlalte etape ale somnului sau în starea de veghe. Spre exemplu, atunci când subiecții sunt treziți din somnul profund fără vise și li se dă un test de asociere a cuvintelor, ei dau răspunsuri standard: cald/rece, tare/moale etc. Dacă sunt treziți însă din somnul REM, ei fac conexiuni mai puțin convenționale, precum: „hot/greșit". De asemenea, ei rezolvă mai ușor anagramele simple dacă sunt treziți din somnul REM. Această activare a asocierilor aparent fără legătură unele cu celelalte ar putea explica de ce sunt atât de bizare visele.

Stickgold, Hobson și colegii lor au descoperit astfel că visele contribuie la crearea unor relații noi între amintirile aparent fără nicio legătură. Crearea de conexiuni noi este principala caracteristică a creativității. În plus, așa cum am văzut, ea este absolut esențială pentru procesul de vindecare. Incapacitatea de a recombina experiențele este una dintre cele mai izbitoare caracteristici ale SSPT. În timp ce Noam (despre care am vorbit în capitolul 4) și-a putut imagina o trambulină pentru a salva viitoarele victime ale terorismului, oamenii traumatizați rămân captivi în capcana asociațiilor înghețate de gen: „Orice om care poartă un turban va încerca să mă ucidă" sau „Orice bărbat care mă consideră atrăgătoare își dorește să mă violeze".

În sfârșit, Stickgold sugerează că există o legătură clară între EMDR și procesarea amintirilor în timpul viselor: „Dacă stimularea bilaterală a EMDR poate modifica stările cerebrale la fel cum se întâmplă în timpul somnului REM, există dovezi la ora actuală că EMDR profită de aceleași procese care se petrec în timpul somnului, care pot fi blocate sau ineficiente la suferinzii de SSPT, permițând

procesarea eficientă a amintirilor și rezolvarea traumei pe această cale". Este posibil ca principala instrucțiune din EMDR – Păstrează această imagine în minte și privește mișcarea degetelor mele – să reproducă exact ceea ce se întâmplă în creierul care visează. Am început să studiez împreună cu Ruth Lanius maniera în care reacționează creierul atunci când își reamintește un eveniment traumatic și în timpul unei experiențe obișnuite, asociind acest proces cu mișcările sacadate ale ochilor în timp ce subiectul stă într-un scanner fMRI. Vom vorbi despre rezultatele pe care le-am obținut în secțiunile următoare ale cărții.

ASOCIERE ȘI INTEGRARE

Spre deosebire de tratamentul convențional prin expunere, EMDR nu presupune decât o amintire de scurtă durată a traumei inițiale. Aceasta reprezintă punctul de plecare, dar metoda insistă asupra stimulării și declanșării procesului asociativ. Așa cum a arătat studiul nostru referitor la Prozac și la EMDR, medicamentele pot amorți imaginile și senzațiile asociate cu teroarea, dar acestea rămân gravate în minte și în corp. Spre deosebire de subiecții care și-au îmbunătățit starea de sănătate prin consumul de Prozac, ale căror amintiri au fost doar amorțite, nu integrate sub forma unui eveniment petrecut în trecut, și care au continuat să le provoace acestora o stare de anxietate considerabilă, cei care au beneficiat de EMDR nu au mai experimentat amintiri traumatice distincte. Trauma lor a devenit o simplă poveste a unui eveniment teribil petrecut cu foarte mult timp în urmă. După cum mi-a declarat una din paciente, cu un gest de respingere: „S-a terminat."

Chiar dacă nu știm cu precizie cum funcționează EMDR, același lucru este valabil și în ceea ce privește Prozacul. Acesta influențează secreția serotoninei, dar nu este limpede dacă nivelul acesteia crește sau scade, în ce celule ale creierului se produce acest proces și de ce devin astfel oamenii mai puțin speriați. Într-o manieră similară, nu se știe de ce discuția cu un prieten apropiat conferă o ușurare atât de profundă, și sunt de fiecare dată la fel de surprins atunci când constat cât de puțini oameni sunt interesați să exploreze acest mister.

Clinicienii nu au decât o singură obligație: să facă tot ce le stă în puteri pentru a-și ajuta pacienții să se simtă mai bine. Din acest

motiv, practica medicală a fost dintotdeauna un teren fertil pentru experimentare. Unele experimente dau greş, altele reuşesc, iar altele, precum EMDR, terapia comportamentului dialectic şi terapia sistemelor familiale interne, modifică însăşi maniera în care este practicată terapia. Validarea acestor tratamente necesită decenii şi este stânjenită de faptul că finanţarea cercetării susţine în general metodele dovedite deja că funcţionează. Istoria penicilinei este una dintre puţinele care mă reconfortează în această direcţie: au trecut aproape patru decenii între descoperirea proprietăţilor acestui antibiotic de către Alexander Fleming în anul 1928 şi elucidarea finală a mecanismelor sale, în anul 1965.

CAPITOLUL 16

ÎNVAȚĂ SĂ TE INTEGREZI ÎN CORPUL TĂU: YOGA

Pe măsură ce începem să reexperimentăm conexiunea viscerală cu nevoile corpului nostru, apare o capacitate complet nouă de a ne iubi cu pasiune pe noi înșine. Noi experimentăm o nouă calitate a autenticității în afecțiunea noastră, care ne redirecționează atenție asupra stării de sănătate, dietei, energiei și gestionării timpului nostru. Această preocupare amplificată față de sine apare într-o manieră spontană și naturală, nu ca o reacție la ceea ce „ar trebui" să facem. Noi putem experimenta astfel o plăcere imediată și inerentă a îngrijirii de sine.

— Stephen Cope, *Yoga și căutarea Sinelui real*

Prima dată când am văzut-o pe Annie, aceasta stătea prăbușită pe un scaun în sala de așteptare a cabinetului meu, purtând niște blugi jerpeliți și un tricou violet cu poza lui Jimmy Cliff. Picioarele îi tremurau vizibil și a continuat să se uite în podea inclusiv după ce am invitat-o în cabinet. Nu știam aproape nimic despre ea, decât că avea 47 de ani și era profesoară pentru copiii cu nevoi speciale. Corpul ei îmi comunica limpede că era speriată de conversația cu mine, inclusiv să îmi furnizeze informațiile de rutină, precum adresa sau asigurarea medicală pe care o avea. Oamenii care se simt atât de speriați nu pot gândi clar, și orice solicitare din afară îi face să se închidă și mai tare în sine. Dacă insiști, pleacă imediat și nu mai ai nicio șansă să îi mai vezi vreodată.

Annie s-a strecurat în cabinetul meu și a rămas în picioare, de-abia respirând, arătând ca o pasăre înghețată. Eram conștient că nu puteam face nimic împreună dacă nu o ajutam să se liniștească.

Având grijă să păstrez între noi o distanță de doi metri și să îi las accesul liber către ușă, am încurajat-o să respire puțin mai adânc. Am respirat și eu la unison cu ea și i-am cerut să îmi urmeze exemplul, ridicându-mi ușor brațele în timp ce inspiram și coborându-le pe expirație – o tehnică de qigong pe care am învățat-o de la unul din studenții mei chinezi. Annie mi-a urmărit mișcările, cu privirea încă în podea. Am petrecut astfel o jumătate de oră. Când și când, îi ceream să fie atentă la maniera în care își simțea tălpile lipite de sol, sau la cum i se dilata și contracta pieptul odată cu respirația. Încetul cu încetul, respirația i s-a liniștit și a devenit mai profundă, fața i s-a destins, coloana i s-a îndreptat puțin, iar ochii i s-au ridicat. Privea acum la nivelul gâtului meu. Am început astfel să simt persoana care se ascundea în spatele acelei terori copleșitoare. În sfârșit, a părut ceva mai relaxată și mi-a arătat umbra unui zâmbet, o recunoaștere a faptului că ne aflam amândoi în aceeași încăpere. I-am sugerat să ne oprim aici și am întrebat-o dacă dorea să revină săptămâna următoare. A dat din cap că da și a murmurat: „Chiar că ești ciudat!"

Pe măsură ce am început să o cunosc mai bine pe Anne, am dedus din notele pe care le-a scris și din desenele pe care mi le-a dat că a fost abuzată de amândoi părinții când era foarte mică. Mi-a revelat întreaga poveste în timp, pe măsură ce a învățat – încetul cu încetul – să evoce o parte din lucrurile care i s-au întâmplat fără ca trupul ei să intre într-o stare de anxietate imposibil de controlat.

Am aflat astfel că Annie era extraordinar de talentată și de grijulie în munca ei cu copiii cu nevoi speciale. (Am încercat personal multe din tehnicile pe care mi le-a descris, pe care le-am aplicat în cazul copiilor din clinica noastră, și le-am găsit extrem de utile.) Annie vorbea liber despre copiii cărora le era profesoară, dar se închidea imediat dacă începeam să discutăm despre relațiile ei cu adulții. Știam că era măritată, dar aproape că nu l-a menționat pe soțul ei. Atunci când se simțea prea copleșită, își tăia brațele și sânii cu o lamă. A petrecut ani de zile în diferite forme de psihoterapie și a încercat multe tipuri diferite de medicamente, care nu au ajutat-o însă să își gestioneze amintirile oribilului ei trecut. De asemenea, a fost internată în diferite spitale psihiatrice în încercarea de a o ajuta să își gestioneze comportamentele autodistructive, fără niciun succes însă.

În primele noastre ședințe, dat fiind că Annie abia dacă îmi dădea câte un indiciu în privința sentimentelor și gândurilor sale

înainte de a se închide complet în sine, am insistat asupra calmării haosului psihologic din interiorul ei. În acest scop, am folosit fiecare tehnică pe care am învățat-o de-a lungul anilor, precum respirația cu focalizarea pe expirație, care activează sistemul nervos parasimpatic, cel care relaxează organismul. De asemenea, am învățat-o să își ciocănească cu degetele o suită de puncte de acupresură din diferite părți ale corpului, practică numită de mulți: EFT[20] (Tehnica de Eliberare Emoțională), despre care există dovezi că îi ajută pe pacienți să rămână în interiorul ferestrei de toleranță și că are adeseori efecte pozitive asupra simptomelor SSPT.

MOȘTENIREA ȘOCULUI DIN CARE NU POȚI SCĂPA

Dat fiind că la ora actuală putem identifica circuitele cerebrale implicate în sistemul de alarmă, noi ne putem da seama – mai mult sau mai puțin – ce s-a întâmplat în creierul lui Annie atunci când aceasta m-a așteptat în acea primă zi în sala de așteptare: detectorul ei de fum (amigdala) s-a resetat astfel încât să reinterpreteze anumite situații ca pe niște vestitori ai unui pericol care îi amenință viața, transmițând semnale urgente pentru supraviețuirea ei: de fugă, luptă sau încremenire. Annie trăia simultan aceste reacții, fiind extrem de agitată și complet blocată în plan mental.

Așa cum am văzut, sistemul de alarmă defect se poate manifesta în diferite feluri, iar atunci când detectorul de fum dă rateuri, tu nu mai poți avea încredere în percepțiile tale. Spre exemplu, atunci când Annie a început să mă simpatizeze, ea aștepta cu nerăbdare ședințele cu mine, dar ajungea întotdeauna la cabinetul meu într-o stare de panică intensă. Într-o zi, ea a avut un flash (o amintire) în care își aștepta cu nerăbdare tatăl, dar mai târziu în acea seară acesta a molestat-o. Pentru prima dată, ea și-a dat seama că mintea ei asocia automat nerăbdarea de a vedea pe cineva drag cu teroarea de a fi molestată.

Copiii mici sunt cu deosebire predispuși să își compartimenteze experiențele. Așa se face că iubirea naturală a lui Annie pentru tatăl ei și teama ei de agresiunile acestuia erau păstrate în stări diferite de conștiință. În stadiul ei de adult, Annie se condamna pe sine pentru

[20] De la *Emotional Freedom Technique* (n. tr.)

abuzurile suferite, fiind convinsă că fetița încântătoare și plină de entuziasm care a fost cândva i-a transmis anumite semnale tatălui ei, atrăgând singură molestarea asupra sa. Mintea ei rațională îi spunea că acest lucru este o prostie, dar convingerea sa emana din creierul ei emoțional (al supraviețuirii), respectiv din sistemul ei limbic, și nu se putea schimba până când nu avea să se simtă suficient de în siguranță în corpul ei pentru a se întoarce la acea experiență, conștientizând plenar ce a simțit și cum a acționat acea fetiță mică în timpul abuzurilor.

AMORȚEALA DIN INTERIOR

Una din modalitățile prin care este înregistrată amintirea neajutorării sunt tensiunile musculare sau senzația de dezintegrare în zonele corporale afectate: capul, spatele și membrele la victimele accidentelor, respectiv vaginul și rectul la victimele abuzului sexual. Viața multor supraviețuitori ai traumelor se învârte în jurul protejării de experiențele senzoriale nedorite și a neutralizării acestora, iar cei mai mulți dintre pacienții mei au devenit niște veritabili experți în arta amorțirii de sine. Mulți dintre ei devin obezi, anorexici sau dependenți de exerciții fizice ori de muncă. Cel puțin jumătate dintre oamenii traumatizați încearcă să își amorțească senzațiile intolerabile din interior prin consumul de droguri sau de alcool. La extrema opusă se situează căutarea senzațiilor tari. Numeroase victime se taie pentru a uita de amorțeală sau practică activități de mare risc, precum prostituția și jocurile de noroc. Toate aceste activități le dau acestora un sentiment fals și paradoxal de control.

Atunci când cineva suferă cronic de mânie sau de frică, tensiunea musculară constantă conduce în timp la spasme, dureri de spate, migrene, fibromialgie și alte tipuri de dureri cronice. Multe victime ale traumei ajung să meargă de la un specialist la altul, să facă teste diagnostice extinse și să ia medicamente multiple, simțind în cel mai bun caz o alinare temporară, dar fără a-și rezolva problemele de bază. Diagnosticele lor le definesc realitatea fără a fi identificate vreodată ca simptome ale încercării lor de a face față traumei suferite.

În primii doi ani ai terapiei lui Annie am ajutat-o pe aceasta să învețe să își tolereze senzațiile fizice ca atare, considerându-le simple senzații din momentul prezent, cu un început, o parte de mijloc și

un sfârșit. Am ajutat-o să fie suficient de calmă pentru a observa ce simte fără a se judeca singură, astfel încât să remarce faptul că aceste imagini și senzații reprezintă simple reziduuri ale trecutului ei oribil, și nu amenințări reale la viața ei în momentul de față.

Pacienții precum Annie ne pun constant la încercare, silindu-ne să găsim modalități noi de a-i ajuta pe oameni să își echilibreze starea de excitație și să își controleze propria fiziologie. Astfel am ajuns la yoga (eu și colegii mei de la Centrul pentru Traume).

CUM AM AJUNS LA YOGA: ECHILIBRAREA DE JOS ÎN SUS

Implicarea noastră în yoga a început în anul 1998, când eu și Jim Hopper am auzit de un nou marcator biologic: variabilitatea ratei cardiace (HRV[71]), despre care s-a descoperit recent că este un indicator util al eficacității sistemului nervos autonom. Așa cum îți mai amintești probabil din capitolul 5, sistemul nervos autonom este sistemul cel mai elementar de supraviețuire al creierului nostru, cele două ramuri ale sale reglând nivelul excitației din întregul corp. În linii mari, sistemul nervos simpatic (SNS) se folosește de substanțe chimice precum adrenalina pentru a stimula corpul și creierul să treacă la acțiune, în timp ce sistemul nervos parasimpatic (SNP) se folosește de acetilcolină pentru a regla funcțiile de bază ale corpului precum digestia, vindecarea rănilor, somnul și ciclurile viselor. Atunci când funcționează perfect, aceste două sisteme colaborează îndeaproape pentru a ne menține într-o stare optimă de integrare în mediul exterior, dar și cu noi înșine.

Variabilitatea ratei cardiace măsoară echilibrul relativ dintre sistemul nervos parasimpatic și cel simpatic. Atunci când inspirăm, noi stimulăm SNS, accelerând astfel pulsul. Atunci când expirăm, noi stimulăm SNP, reducând astfel pulsul. La oamenii sănătoși, inspirațiile și expirațiile produc fluctuații ritmice stabile ale ratei cardiace. O variabilitate bună a ratei cardiace este un indicator al stării de bine de bază.

De ce este HRV important? Atunci când sistemul nervos autonom este echilibrat, noi dispunem de un grad rezonabil de control asupra reacției noastre la frustrările și la dezamăgirile minore, fapt

[71] De la *heart rate variability*. (n. tr.)

care ne permite să evaluăm calmi ce se întâmplă, când suntem insultați sau lăsați pe dinafară. Modularea eficientă a excitației ne permite să ne controlăm mai bine impulsurile și emoțiile: atât timp cât reușim să ne păstrăm calmul, noi putem opta pentru reacția pe care ne-o dorim. Oamenii cu un sistem nervos autonom prost modulat își pierd foarte ușor echilibrul mental și fizic. Dat fiind că sistemul nervos autonom organizează excitația la nivelul corpului și al creierului, un HRV slab (adică o lipsă a fluctuației ratei cardiace ca reacție la respirație) are efecte negative nu doar asupra gândirii și simțirii, ci și asupra manierei în care reacționează organismul la stres. Lipsa de coerență între respirație și rata cardiacă îi face pe oameni vulnerabili la o gamă largă de boli fizice, cum ar fi boala cardiovasculară și cancerul, la care se adaugă problemele psihice precum depresia și SSPT.

Pentru a ne putea continua studiile referitoare la această chestiune, am achiziționat un aparat care măsoară HRV și am început să punem benzi în jurul pieptului subiecților noștri – cu și fără SSPT – pentru a le înregistra profunzimea și ritmul respirației în timp ce un monitor micuț atașat de lobul urechii le măsura pulsul. După ce am testat circa 60 de subiecți, ne-a devenit clar că oamenii care suferă de SSPT au un HRV neobișnuit de scăzut. Cu alte cuvinte, în cazul SSPT, sistemul nervos simpatic și cel parasimpatic sunt desincronizate. Această concluzie a adăugat un element nou complicatei povești a traumei, confirmând faptul că un alt sistem cerebral de reglare nu funcționează așa cum ar trebui. Incapacitatea de a menține echilibrat acest sistem reprezintă una din explicațiile pentru care oamenii traumatizați precum Annie sunt atât de vulnerabili la stresurile relativ minore, reacționând excesiv în fața acestora: sistemul lor biologic care ar trebui să îi ajute să gestioneze aceste stresuri nu reușește să le facă față.

Următoarea întrebare științifică pe care ne-am pus-o a fost: există vreo modalitate de a îmbunătăți HRV-ul unei persoane? Personal, aveam un interes deosebit în a răspunde la această întrebare, întrucât am descoperit că propriul meu HRV nu este suficient de robust pentru a-mi garanta starea de sănătate fizică pe termen lung. O căutare pe Internet ne-a condus la descoperirea unor studii care au arătat că alergarea la un maraton sporește HRV. Din păcate, informația s-a dovedit a avea o utilitate practică foarte redusă, întrucât nici eu, nici pacienții noștri nu aveam de gând să alergăm la Maratonul din Boston.

Variabilitatea ratei cardiace (HRV) la o persoană echilibrată. Liniile negre care urcă și coboară reprezintă respirația, în cazul de față inspirații și expirații lente și regulate. Zona cenușie arată fluctuațiile ratei cardiace. Ori de câte ori acest individ inspiră, rata pulsului său crește. În timp ce pe expirație ea scade. Acest tipar al variabilității ratei cardiace reflectă o stare de sănătate fiziologică excelentă.

HRV în cazul SSPT. Respirația este rapidă și superficială. Pulsul este lent și nesincronizat cu respirația. Acesta este tiparul tipic pentru o persoană închisă în sine, care suferă de un SSPT cronic.

Reacția la supărare. Atunci când cineva își amintește de o experiență care l-a deranjat, respirația sa se accelerează și devine neregulată, la fel și pulsul. Inima și respirația nu mai sunt perfect sincronizate. Această reacție este normală.

O persoană cu SSPT cronic care retrăiește o amintire traumatică. Inițial, respirația este grea și profundă, specifică reacției de panică. Pulsul este nesincronizat cu respirația. Urmează apoi o respirație rapidă și superficială și un puls lent, semne că persoana se închide în sine.

Aceeași căutare pe Google ne-a listat 17.000 de site-uri de yoga care pretind că această disciplină îmbunătățește HRV, dar nu am găsit studii științifice care să susțină această afirmație. Poate că yoghinii au descoperit o metodă minunată pentru a-i ajuta pe oameni să își regăsească echilibrul interior și starea de sănătate, dar în anul 1998 nu existau foarte multe studii științifice care să le evalueze afirmațiile cu ajutorul instrumentelor tradiției medicale occidentale.

Din fericire, de atunci și până în prezent știința a confirmat că schimbarea modului de a respira poate îmbunătăți problemele generate de mânie, depresie și anxietate, și că yoga poate avea un efect pozitiv asupra unei game largi de probleme medicale precum hipertensiunea, secreția ridicată de hormoni ai stresului, astmul și durerile de spate. Niciun jurnal psihiatric nu a publicat însă vreun studiu științific referitor la folosirea yogăi ca tratament pentru SSPT până la publicarea propriilor noastre cercetări, în anul 2014.

La doar câteva zile după această căutare a noastră pe Internet, un profesor de yoga pe nume David Emerson a intrat în Centrul nostru pentru Traume. El ne-a spus că a dezvoltat o formă modificată de hatha yoga pentru tratamentul SSPT și că organiza cursuri pentru veterani la centrul local al acestora și pentru femei la Centrul de Criză pentru Violuri din Zona Boston. Eram interesați să colaborăm cu el? Vizita lui Dave s-a transformat în timp într-un program de yoga extrem de activ, iar la momentul potrivit am primit prima finanțare de la Institutele Naționale pentru Sănătate pentru a studia efectele yogăi asupra SSPT. Activitatea lui Dave a contribuit de asemenea la dezvoltarea propriului meu program regulat de yoga și la faptul că am devenit instructor la Kripalu, un centru de yoga din Munții Berkshire din vestul statului Massachusetts. (În timp, propriul meu HRV s-a îmbunătățit considerabil.)

Atunci când am decis să explorăm yoga pentru îmbunătățirea HRV, am căutat o abordare cât mai largă a acestei probleme. Am fi putut folosi pur și simplu diferite aparate manuale cu un preț rezonabil pentru a-i antrena pe oameni să își încetinească respirația și să și-o sincronizeze cu pulsul, conducând astfel la o stare de „coerență cardiacă" precum cea din tiparul prezentat în prima ilustrație de mai sus. La ora actuală există diferite aplicații care pot contribui la îmbunătățirea HRV, așa că am ajuns să le recomand tuturor pacienților mei care – dintr-un motiv sau altul – nu pot practica yoga, artele marțiale sau qigong, să se antreneze singuri acasă.

EXPLORAREA YOGĂI

Decizia noastră de a studia yoga ne-a condus la o aprofundare a efectelor traumei asupra corpului. Am organizat primele noastre cursuri de yoga experimentală într-o sală donată cu generozitate de un

studio din apropiere. David Emerson și colegele sale, Dana Moore și Jodi Carey, s-au oferit voluntari ca instructori, iar echipa mea de cercetare a conceput un protocol de măsurare a efectelor yogăi asupra funcționării psihice. Am lipit apoi fluturași în supermarketuri și spălătoriile publice pentru a face publicitate cursurilor noastre și am intervievat zeci de oameni care au răspuns apelului nostru. În ultimă instanță am selectat 37 de femei cu istorcuri de traume grave, care au făcut psihoterapie ani la rând fără cine știe ce rezultate. Jumătate din voluntarii pentru grupul de yoga au fost aleși la întâmplare, iar cealaltă jumătate a beneficiat de un tratament specific pentru sănătatea mintală: terapia dialectică a comportamentului (DBT), care îi învață pe oameni cum să aplice luciditatea pentru a-și păstra calmul și autocontrolul. În sfârșit, am angajat un inginer de la MIT să ne construiască un computer complicat care să măsoare simultan HRV la opt persoane diferite. (În fiecare grup de studiu existau mai multe cursuri, niciunul neavând însă mai mult de opt participanți.) În timp ce yoga a îmbunătățit în mod semnificativ simptomele SSPT asociate cu excitația și de-a dreptul dramatic relația subiecților noștri cu corpul lor („Acum îmi îngrijesc corpul"; „Ascult de ce are nevoie corpul meu"), opt săptămâni de DBT nu au influențat în niciun fel nivelul excitației lor sau simptomele SSPT. Astfel, interesul nostru față de yoga a crescut gradual de la simpla focalizare asupra schimbării HRV (care s-a adeverit) până la ajutarea persoanelor traumatizate să învețe să domicilieze confortabil în corpul lor torturat.

În timp, am inceput de asemenea un program de yoga pentru pușcașii marini de la Camp Lejeune și am colaborat cu alte programe pentru implementarea yogăi în tratamentul veteranilor cu SSPT. Deși nu dispunem de date oficiale pentru veterani, se pare că yoga este cel puțin la fel de eficientă pentru aceștia cum a fost pentru femeile din studiile noastre.

Toate programele de yoga sunt alcătuite dintr-o combinație de tehnici respiratorii *(pranayama)*, întinderi sau posturi *(asane)* și meditație. Diferitele școli de yoga prezintă variații ale intensității și focalizării asupra acestor componente de bază. Spre exemplu, variațiile referitoare la viteza și profunzimea respirației, dar și folosirea gurii, nărilor și gâtului în timpul ei – produc rezultate diferite, iar unele tehnici au efecte extrem de intense asupra energiei corporale. La cursurile noastre, noi am optat pentru o abordare simplă.

Mulți dintre pacienții noștri aproape că nu sunt conștienți de respirația lor. De aceea, învățarea conștientizării inspirației și expirației, a observării ritmului respirator (dacă este rapid sau lent) și a numărării respirațiilor în timpul anumitor posturi pot fi realizări remarcabile pentru ei.

În cadrul programului, noi introducem gradual un număr limitat de posturi clasice. Nu punem accentul pe realizarea „corectă" a posturilor, ci pe ajutarea participanților să observe ce mușchi le devin activi în diferite momente. Suitele de tehnici sunt special concepute pentru a crea un ritm între tensiune și relaxare, în speranța că pacienții vor începe să perceapă un ritm similar în viața lor de zi cu zi.

Noi nu predăm propriu-zis meditația, dar cultivăm luciditatea prin încurajarea cursanților să observe ce se întâmplă în diferite părți ale corpului lor de la o poziție la alta. Studiile noastre arată cât de greu le este oamenilor traumatizați să se simtă complet relaxați și în siguranță în corpul lor. Noi măsurăm HRV-ul subiecților noștri prin plasarea de monitoare micuțe pe brațele lor în timpul *shavasana*-ei, poziția cu care se încheie majoritatea cursurilor de yoga, în timpul căreia practicanții stau culcați pe spate, cu palmele în sus și cu brațele și picioarele relaxate. În locul relaxării, noi observăm de regulă o activitate musculară suficient de susținută pentru a obține un semnal clar. În loc să se relaxeze, mușchii pacienților noștri continuă să îi pregătească pe aceștia să se lupte cu niște dușmani invizibili. O provocare majoră a recuperării dintr-o traumă rămâne așadar capacitatea de obține o stare de relaxare totală și de abandonare în siguranță.

ÎNVĂȚAREA AUTOREGLĂRII

După ce am constatat succesul studiilor noastre pilot, am creat un program de yoga terapeutică la Centrul pentru Traume. M-am gândit că aceasta ar putea fi o oportunitate pentru ca Annie să își dezvolte o relație mai afectuoasă cu corpul ei, așa că am încurajat-o să se înscrie. Prima oră de curs a fost dificilă pentru ea. Chiar și cele mai simple gesturi de ajustare a corpului ei în timpul posturilor de către instructor au fost atât de terifiante pentru ea încât când a ajuns acasă a început să se taie cu lama. Sistemul ei de alarmă defect interpreta chiar și cea mai blândă atingere pe spate drept o agresiune. Pe de altă parte, Annie și-a dat seama că yoga i-ar putea oferi o cale de a se

elibera de sentimentul constant de pericol pe care îl simțea în corpul ei. Încurajată de mine, ea s-a întors în săptămâna care a urmat.

Lui Annie i s-a părut întotdeauna mai ușor să scrie despre experiențele sale decât să vorbească despre ele. După cea de-a doua oră de yoga ea mi-a trimis următorul e-mail: „Nu înțeleg toate motivele pentru care yoga mă sperie atât de tare, dar sunt conștientă că aceasta poate fi o sursă incredibilă de vindecare pentru mine, așa că mă lupt cu mine ca să continui. Yoga înseamnă să te focalizezi în interiorul tău, nu asupra lumii exterioare, și mă determină să îmi ascult corpul. O mare parte din lupta mea pentru supraviețuire a însemnat în trecut exact evitarea acestor lucruri. În timp ce mă îndreptam astăzi către sala de yoga inima îmi bătea nebunește, și o parte din mine dorea să mă întorc și să o iau la fugă, dar am continuat să avansez pas cu pas până când am ajuns în fața sălii, după care am intrat. După curs m-am dus acasă și am dormit neîntrerupt patru ore la rând. În această săptămână am încercat să practic yoga acasă, iar prin minte mi-a trecut gândul: „Corpul tău are multe lucruri să îți spună." Mi-am răspuns singură: „Voi încerca să îl ascult."

Câteva zile mai târziu, Annie mi-a scris: „Câteva gânduri care mi-au trecut prin minte în timpul cursului de yoga de astăzi, și imediat după acesta. Mi-am dat seama cât de deconectată trebuie să fiu de corpul meu de vreme ce mă tai cu lama. Pe când practicam posturile, mi-am dat seama că partea corporală cea mai contractată, care păstrează toată durerea și toate amintirile mele, este cea a bazinului, mai sus de picioare, până la ombilic. Mi-ai întrebat nu o dată în ce părți ale corpului simt diferite lucruri, și nu am știut niciodată ce să-ți răspund, dar astăzi am simțit foarte clar aceste zone corporale și mi-a venit să plâng, dar cu duioșie."

În luna următoare am plecat amândoi în concediu, dar am invitat-o să păstreze legătura cu mine prin e-mail. Annie mi-a scris din nou: „Am practicat singură yoga într-o cameră cu vedere la lac. Continui să citesc cartea pe care mi-ai trimis-o [minunata carte a lui Stephen Cope, *Yoga și căutarea Sinelui Real*]. Mi se pare interesant să mă gândesc cât de mult am refuzat să îmi ascult până acum propriul corp, deși acesta este o parte atât de importantă a ființei mele. Ieri, pe când practicam yoga, m-am gândit să îmi las corpul să îmi spună povestea pe care dorește să mi-o relateze, și am simțit foarte multă tristețe și durere în posturile de flexibilizare a bazinului. Nu cred că

mintea îmi va permite accesul la imagini foarte vii atât timp cât sunt departe de casă, lucru de care sunt mulțumită. Îmi dau seama cât de dezechilibrată trebuie să fi fost și cât de mult m-am străduit să îmi neg trecutul, deși acesta face parte integrantă din sinele meu real. Pot învăța enorm de multe lucruri dacă mă voi deschide în fața lui, și astfel nu voi mai fi nevoită să mă lupt cu mine însămi în fiecare moment al vieții."

Una dintre cele mai greu de tolerat posturi de yoga pentru Annie a fost poziția numită de unii „Copilașul Fericit", în care stai pe spate cu genunchii îndoiți și cu tălpile orientate către tavan, pe care le ții cu mâinile. Această poziție rotește pelvisul, deschizându-l larg. Nu este greu de înțeles de ce se simte atât de vulnerabilă în această poziție o victimă a unui viol, dar atât timp cât „Copilașul Fericit" (sau orice altă postură care amintește de aceasta) generează o stare de panică intensă, este foarte greu să fii intim cu altcineva. Învățarea asumării posturii „Copilașul Fericit" într-o stare de confort interior reprezintă o încercare pentru foarte mulți pacienți care urmează cursurile noastre de yoga.

CUNOAȘTEREA DE SINE: CULTIVAREA INTROSPECȚIEI

Una dintre cele mai clare lecții a neuroștiinței contemporane afirmă că simțul identității de sine este ancorat în conexiunea vitală cu corpul nostru. Noi nu ne putem cunoaște cu adevărat pe noi înșine atât timp cât nu ne simțim și nu ne putem interpreta senzațiile fizice. Noi trebuie să înregistrăm și să acționăm ținând cont de aceste senzații pentru a naviga în condiții de siguranță prin viață. Deși amorțirea (sau căutarea compensatorie a senzațiilor tari) fac ca viața să ți se pară tolerabilă, prețul plătit este că nu mai ești conștient de ceea ce se întâmplă în interiorul corpului tău, și deci nu te mai simți cu adevărat viu (din punct de vedere senzorial).

În capitolul 6 am discutat despre alexitimie, un termen tehnic care descrie o condiție în care nu ești capabil să identifici ce se întâmplă în interiorul tău. Oamenii care suferă de alexitimie au tendința de a se simți inconfortabil din punct de vedere fizic fără a putea descrie exact în ce constă problema lor. În consecință, ei se plâng de numeroase probleme fizice vagi pe care medicii nu le pot diagnostica. În plus, ei nu își pot da seama singuri ce simt într-o situație sau alta sau ce anume îi face să se simtă mai bine sau mai rău. Această condiție

se datorează amorțirii simțurilor lor, care îi împiedică să anticipeze și să reacționeze la solicitările obișnuite ale corpului lor într-o manieră lucidă și liniștită. Pe de altă parte, ea estompează plăcerile senzoriale obișnuite ale unor experiențe precum muzica, atingerea și lumina, care conferă valoare vieții. Yoga s-a dovedit a fi o modalitate fantastică de restabilire a unei relații cu lumea interioară, inclusiv a unei relații bazate pe iubire și pe afecțiune cu propriul sine.

Dacă nu ești conștient de nevoile corpului tău, tu nu poți avea grijă de el. Dacă nu îți percepi foamea, nu te poți hrăni așa cum trebuie. Dacă îți confunzi anxietatea cu foamea, este posibil să mănânci prea mult. Dacă nu simți că te-ai săturat, vei continua să mănânci mult peste necesarul corpului tău. Din toate aceste motive, cultivarea lucidității senzoriale este un aspect absolut critic al recuperării în urma unei traume. Marea majoritate a terapiilor tradiționale minimalizează sau ignoră complet schimbările care se produc clipă de clipă în lumea noastră senzorială interioară, dar aceste schimbări reprezintă esența reacțiilor organismului: stările emoționale imprimate în profilul chimic al corpului, în organele interne, în contracția mușchilor striați ai feței, gâtului, trunchiului și membrelor. Oamenii traumatizați trebuie să învețe că își pot tolera senzațiile, trebuie să se împrietenească cu experiențele lor interioare și trebuie să cultive noi tipare comportamentale.

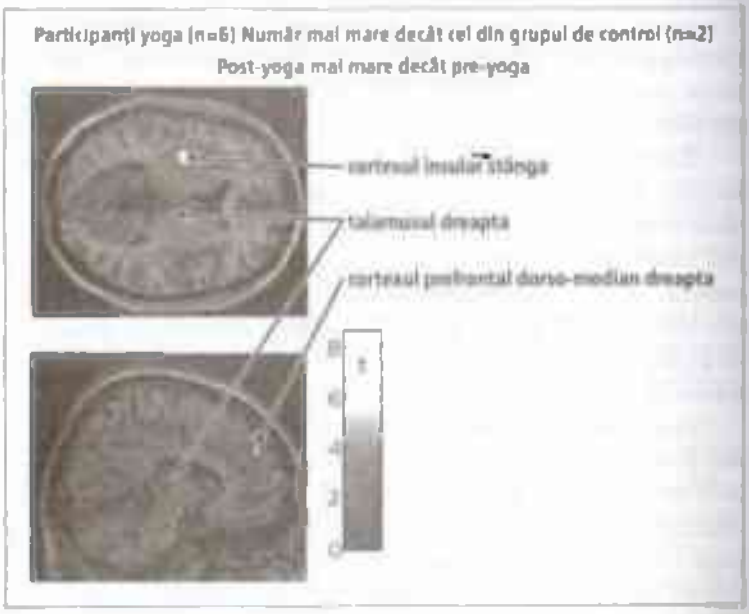
Atunci când practici yoga, tu trebuie să îți focalizezi în fiecare moment atenția asupra respirației și asupra senzațiilor tale. Începi să observi astfel conexiunea care există între emoții și corp. Spre exemplu, anxietatea te poate face să îți pierzi echilibrul într-o anumită postură. Tu poți începe astfel să experimentezi schimbarea stărilor tale interioare. Te poate elibera o inspirație profundă de tensiunea de la nivelul umărului? Îți poate induce focalizarea asupra expirației o stare de calm?

Simpla observare a senzațiilor pe care le simți generează o reglare emoțională și te ajută să renunți să mai încerci să ignori ceea ce se întâmplă în interiorul tău. Așa cum obișnuiesc să le spun adeseori studenților mei, cele mai importante fraze în psihoterapie, dar și în yoga, sunt: „Observă acest lucru" și „Ce se întâmplă în continuare?" Atunci când începi să îți observi corpul cu curiozitate, nu cu teamă, totul se schimbă.

Conștiința corporală ne modifică inclusiv simțul timpului. Trauma te face să te simți ca și cum ai rămâne captiv de-a pururi

într-o stare de oroare neajutorată. Yoga te învață că senzațiile au un moment de apogeu, după care se estompează. Spre exemplu, dacă instructorul te invită să faci o poziție deosebit de dificilă, la început simți o senzație de rezistență interioară, anticipând că nu vei putea tolera senzațiile pe care ți le va trezi aceasta. Un instructor de yoga bun te va încuraja însă să îți observi tensiunea, coordonând postura cu fluxul respirației tale: „Vom menține această poziție timp de zece respirații." Acest lucru te va ajuta să anticipezi sfârșitul disconfortului și să îți întărești capacitatea de a face față disconfortului fizic și emoțional. Conștientizarea faptului că toate experiențele sunt tranzitorii îți modifică perspectiva asupra ta.

Asta nu înseamnă că redobândirea capacității de introspecție nu poate fi supărătoare. Ce se întâmplă atunci când un sentiment nou accesat din zona pieptului este experimentat sub formă de furie, teamă sau anxietate? 50% dintre participanții la primul nostru studiu



Efectele unui curs săptămânal de yoga. După 20 de săptămâni, femeilor traumatizate cronic li s-au activat din ce în ce mai multe structuri cerebrale critice implicate în autoreglare: cortexul insular și cortexul prefrontal median.

referitor la yoga au renunțat pe parcurs. A fost cea mai mare rată de abandon pe care am avut-o vreodată. Când i-am intervievat pe pacienții care au renunțat, aceștia ne-au spus că programul a fost prea intens pentru ei: orice poziție care implica zona pelvisului precipita o senzație intensă de panică sau chiar flash-uri ale agresiunilor sexuale pe care le-au suferit. Senzațiile fizice intense le-au descătușat demonii din trecut pe care erau convinși că îi puteau ține sub control prin amorțeala și neatenția pe care le-au cultivat. Aceste răspunsuri ne-au învățat să avansăm foarte lent, adeseori cu pași de melc. Această nouă abordare a dat rezultate bune: în cel mai recent studiu pe care l-am făcut numai un participant din 34 nu a dus cursul la bun sfârșit.

YOGA ȘI NEUROȘTIINȚA CONȘTIINȚEI DE SINE

În anii din urmă, cercetătorii din domeniul creierului precum colegele mele Sara Lazar și Britta Holzel de la Harvard au demonstrat că meditația intensivă are un efect pozitiv asupra zonelor cerebrale critice pentru autoreglarea fiziologică. În cadrul ultimului nostru studiu referitor la yoga, la care au participat șase femei cu istoric de traumă profundă în copilărie, am descoperit primele indicii că 20 de săptămâni de practică yoga activează sistemul de bază al sinelui: cortexul insular și cortexul prefrontal median (vezi capitolul 6). Această cercetare necesită mult mai multe studii, dar deschide perspective noi asupra manierei în care acțiunile noastre de observare și împrietenire cu senzațiile corporale pot produce schimbări profunde la nivelul creierului și al minții, care pot conduce în timp la vindecarea de traumă.

După fiecare studiu referitor la yoga, i-am întrebat pe participanți ce efect a avut cursul asupra lor, fără să le vorbim despre cortexul insular sau despre introspecție. Pe scurt, le-am explicat foarte puține lucruri, astfel încât să se poată focaliza mai bine asupra senzațiilor lor.

Iată câteva dintre răspunsurile lor:

- „Îmi simt mult mai intens emoțiile, poate tocmai pentru că le recunosc în sfârșit."
- „Îmi pot exprima mai bine emoțiile, pentru că le recunosc într-o mai mare măsură. Le percep în corpul meu, le recunosc și le dau curs."

- „Am înțeles că am de ales, că există mai multe căi pe care le pot urma. Eu sunt cel care decide ce cale doresc să urmez. Nu trebuie neapărat să repet ce am experimentat când eram copil."
- „Am devenit capabil să îmi mișc corpul și să mă simt în siguranță în el, fără a-mi face rău / fără a mă simți rănit."

ÎNVĂȚAREA ARTEI DE A COMUNICA

Oamenii care se simt în siguranță în corpul lor pot învăța să își traducă în cuvinte amintirile care îi copleșeau până nu demult. După ce a practicat yoga de trei ori pe săptămână timp de un an, Annie a remarcat că putea vorbi mult mai ușor cu mine despre ceea ce i s-a întâmplat. Acest lucru i s-a părut de-a dreptul miraculos. Într-o zi, după ce a răsturnat din greșeală un pahar cu apă, m-am ridicat de pe scaunul meu cu o cutie de șervețele și i-am spus: „Lasă-mă pe mine să curăț." Apropierea mea i-a generat un moment scurt de panică intensă, dar și-a revenit la fel de rapid, explicându-mi de ce au tulburat-o cuvintele mele: exact asta îi spunea tatăl ei după ce o viola. Annie mi-a trimis următorul e-mail după această ședință: „Ai observat faptul că am putut rosti cu voce tare acele cuvinte? Nu am fost nevoită să le scriu pentru a-ți explica ce se întâmplă. De asemenea, nu mi-am pierdut încrederea în tine pentru că ai rostit niște cuvinte care mi-au declanșat un atac de panică. Am înțeles imediat că acele cuvinte erau un simplu factor de activare a emoțiilor mele, și nu ceva interzis, ce nu ar trebui rostit de nimeni."

Annie continuă să practice yoga și să îmi scrie despre experiențele sale: „Astăzi am fost la un curs de yoga de dimineață la noul meu studio de yoga. Instructoarea ne-a vorbit despre respirația în diferite zone corporale. Ea ne-a explicat că atunci când ne observăm respirația noi ne integrăm în momentul prezent, întrucât nu putem respira în trecut sau în viitor. Mi s-a părut minunat să pot practica respirația în acest fel după ce am discutat cu tine despre aceste lucruri; a fost ca un dar pentru mine. Unele posturi de yoga îmi trezesc emoții negative foarte intense. Astăzi am practicat două astfel de posturi: una în care îți ții picioarele în sus ca o broască și alta în care trebuie să respiri profund în zona pelvisului. Am simțit începutul senzației

de panică, îndeosebi în timpul posturii respiratorii, dându-mi seama că nu doream să îmi conștientizez această zonă corporală. Mi-am revenit însă imediat și mi-am spus: ‚Observă amintirile pe care le stochează această parte corporală și eliberează-le. Nu te obligă nimeni să le cultivi, dar nici nu trebuie neapărat să o iei la fugă; folosește-te de ele ca de niște simple informații.' Nu cred că am mai fost vreodată până acum capabilă de o introspecție atât de conștientă. Acest lucru m-a făcut să cred că dacă pot observa ce se întâmplă fără a intra în panică, îmi va fi din ce în ce mai ușor să cred că mă pot transforma."

Într-un alt mesaj, Annie reflectează asupra schimbărilor din viața ei: „Am învățat încetul cu încetul să am sentimente fără a fi deturnată de ele. Viața mi se pare acum mult mai ușor de gestionat: rezonez mult mai bine cu ceea ce mi se întâmplă și sunt mai bine integrată în momentul prezent. Tolerez mult mai bine atingerile fizice. Am ajuns să mă uit la filme cu soțul meu, strâns lipită de el... Este un pas uriaș înainte pentru mine. Toate acestea m-au ajutat să mă simt în sfârșit intimă cu soțul meu."

Capitolul 17

CREAREA IMAGINII DE ANSAMBLU: GESTIONAREA PROPRIEI VIEȚI

Această existență umană este ca o casă pentru oaspeți. În fiecare dimineață apare un oaspete nou. O bucurie, o depresie, o răutate, o luciditate de moment – apar ca un oaspete neașteptat. Întâmpină-i pe toți cu bucurie și oferă-le bun venit. Tratează-i pe toți în mod onorabil. Întâmpină în fața ușii, râzând, gândurile întunecate, rușinea, răutatea – și invită-le în casă. Fii recunoscător pentru oricine îți trece pragul, căci toate aceste stări ți-au fost trimise de un ghid din lumea de dincolo.

— Rumi

Omul are tot atâtea identități sociale câți indivizi îl pot recunoaște.

— William James, *Principiile psihologiei*

Eram la începutul carierei mele și o vedeam săptămânal de trei luni pe Mary, o tânără timidă, singuratică și complet închisă din punct de vedere fizic, la ședințele de psihoterapie, încercând să o ajut să facă mai bine față ravagiilor produse de teribilul ei trecut de abuz în copilărie. Într-o zi, am deschis ușa cabinetului meu și am văzut-o stând provocator în sala mea de așteptare, îmbrăcată cu o fustă mini, cu părul vopsit în roșu, cu o ceașcă de cafea în mână și un rânjet pe față. „Tu trebuie să fii dr. van der Kolk, mi-a spus. Eu sunt Jane, și am venit să te avertizez să nu crezi în toate minciunile pe care ți le spune Mary. Pot să intru și să îți vorbesc despre ea?" Am rămas șocat, dar din fericire m-am controlat și nu am înfruntat-o pe „Jane", ci am condus-o în cabinet. În timpul ședinței noastre am cunoscut-o nu doar pe Jane, ci și o fetiță rănită și un băiat

adolescent furios. Acesta a fost începutul unui tratament de lungă durată, dar fructuos.

Mary a fost prima mea experiență cu tulburarea de identitate disociativă (DID[22]), care la acea vreme era numită sindromul personalității multiple. Oricât de dramatice ar părea simptomele sale, divizarea internă și crearea de identități distincte în cadrul DID reprezintă doar capătul extrem al spectrului vieții psihice. Senzația că suntem locuiți de impulsuri sau fragmente de personalitate distincte ne este caracteristică tuturor, dar este cu deosebire vizibilă în cazul oamenilor traumatizați care au fost nevoiți să recurgă la măsuri extreme pentru a supraviețui. Explorarea, ba chiar împrietenirea cu aceste fragmente – reprezintă o componentă importantă a procesului de vindecare.

MOMENTELE DISPERATE NECESITĂ MĂSURI DISPERATE

Știm cu toții ce se întâmplă atunci când ne simțim umiliți: noi ne focalizăm întreaga energie pentru a ne proteja, dezvoltându-ne strategiile de supraviețuire la care avem acces. Unii oameni își reprimă sentimentele; alții se înfurie și plănuiesc să se răzbune. Alții decid să aibă un succes atât de mare și să devină atât de puternici încât nimeni să nu le mai poată face vreodată rău. Multe comportamente clasificate drept probleme psihiatrice, inclusiv anumite obsesii, impulsuri compulsive și atacuri de panică, precum și marea majoritate a comportamentelor autodistructive, au fost la origini strategii de autoprotecție. Aceste adaptări la traumă pot interfera într-o măsură atât de mare cu capacitatea de a funcționa încât terapeuții și pacienții înșiși își pierd orice speranță într-o vindecare posibilă. Vizualizarea acestor simptome ca un handicap permanent reduce tratamentul la simpla găsire a celor mai potrivite medicamente, care pot conduce la o dependență pe viață, ca și cum supraviețuitorii traumei ar fi niște bolnavi de rinichi care trebuie să facă dializă.

Este mult mai productiv să privim agresivitatea sau depresia, aroganța sau pasivitatea, ca pe niște comportamente învățate: undeva, cândva, pacientul a ajuns să creadă că nu poate supraviețui decât dacă este foarte dur, invizibil sau absent, ori că ar fi mai sigur pentru el să

[22] De la *dissociative identity disorder*. (n. tr.)

abandoneze complet lupta. La fel ca amintirile traumatice care continuă să îl afecteze pe pacient până când sunt eliberate, adaptările traumatice continuă până când organismul uman se simte în siguranță și își integrează toate fragmentele captive în cercul vicios al luptei sau al protejării de traumă.

Toți supraviețuitorii traumelor pe care i-am cunoscut sunt extrem de rezistenți, fiecare în felul său, și toate poveștile lor sunt absolut fascinante, ilustrând până unde pot merge oamenii pentru a supraviețui. Cunoscând cantitatea uriașă de energie pe care o presupune simplul act al supraviețuirii, nu sunt deloc surprins de faptul că prețul plătit adeseori este la fel de mare: absența unei relații bazate pe iubire cu propriul corp, cu propria minte și cu propriul suflet.

Încercarea de a supraviețui are prețul ei. Pentru foarte mulți copii este mai sigur să se urască pe ei înșiși decât să riște relația cu adulții care îi îngrijesc prin exprimarea mâniei lor sau prin fuga de acasă. În consecință, ei cresc convinși că nu merită să fie iubiți, întrucât aceasta a fost singura modalitate în care mintea lor fragedă le-a putut explica de ce au fost tratați atât de urât. Ei supraviețuiesc prin negare, ignorare și divizarea unor fragmente mari de realitate, care îi face să uite abuzul, să își suprime furia sau disperarea și să își amorțească senzațiile fizice. Dacă ai fost abuzat când erai copil, cel mai probabil există în interiorul tău un copil interior încremenit în timp care continuă să se cramponeze de această ură de sine și de această negare. Foarte mulți adulți care supraviețuiesc unor experiențe teribile devin captivi în aceeași capcană. Respingerea sentimentelor prea intense permite adaptarea pe termen scurt, ajutându-te adeseori să îți păstrezi demnitatea și independența, și să te focalizezi asupra unor sarcini critice, precum salvarea unui camarad de luptă, îngrijirea copiilor tăi sau reconstruirea casei avariate.

Problemele apar mai târziu. După ce își vede un camarad de arme sărind în aer, un soldat se poate întoarce la viața civilă, încercând să uite de experiența sa traumatică. Există în interiorul lui o parte care îl protejează, fiind competentă la slujbă și știind să se înțeleagă cu colegii de muncă. Pe de altă parte, el poate face o criză de furie în fața iubitei sale sau poate încremeni atunci când plăcerea abandonării de sine în fața mângâierilor sale îl fac să simtă că își pierde controlul. Cel mai probabil, soldatul nu realizează că mintea sa asociază automat abandonarea pasivă cu paralizia pe care a simțit-o atunci când

prietenul său a fost ucis. Prin urmare, o altă parte a identității sale de sine intervine și creează o diversiune: el se înfurie, și neavând nicio idee cu adevărat, este convins că este furios din cauza lucrurilor pe care i le-a făcut iubita sa. De bună seamă, dacă va continua să facă astfel de crize (cu iubita sa actuală și cu următoarele), el va deveni din ce în ce mai izolat, fără să își dea însă seama că partea sa traumatizată este activată de pasivitate și că o altă parte a sa, un fel de manager furios, intervine pentru a proteja partea sa vulnerabilă. Psihoterapia intervine și salvează adeseori viețile oamenilor „ajutându-i să renunțe la aceste convingeri extreme.

Așa cum am văzut în capitolul 13, o sarcină centrală pentru recuperarea de pe urma unei traume este să înveți să trăiești cu amintirile din trecut fără a te simți copleșit de ele în momentul prezent. Foarte mulți supraviețuitori, inclusiv cei care funcționează excelent (sau chiar excepțional) în anumite domenii ale vieții lor, se confruntă însăși cu o altă provocare, chiar mai mare decât prima: cum să își reconfigureze sistemul cerebral/mental care gestionează situațiile cele mai teribile ale vieții. Așa cum trebuie să scoatem la lumină amintirile traumatice pentru a le putea integra, noi trebuie să scoatem la lumină inclusiv acele părți ale identității de sine care și-au creat mecanismele de autoapărare ce ne-au ajutat să supraviețuim.

MINTEA ESTE UN MOZAIC

Cu toții suntem creați din mai multe fragmente sau părți componente. Spre exemplu, în momentul de față o parte din mine își dorește să tragă un pui de somn, dar o alta dorește să continui să scriu. Încă rănită de un e-mail ofensiv pe care l-am primit, o altă parte din mine își dorește să îi răspund expeditorului pe un ton la fel de ofensiv, în timp ce alte părți își doresc să nu dau apă la moară conflictului. Marea majoritate a oamenilor care mă cunosc îmi știu latura mea intensă, cea sinceră și cea iritabilă. Câțiva dintre ei l-au cunoscut chiar pe câinele din interiorul meu care știe să mârâie. Copiii mei încă își mai doresc să meargă într-o vacanță de familie cu partea mea jucăușă și cu cea aventuroasă.

Dacă te duci la birou dimineața și vezi norii de furtună din privirea șefului tău, știi exact la ce să te aștepți de la el. Acea parte furioasă a lui are o tonalitate, un vocabular și o postură corporală

caracteristice, extrem de diferite de cele de ieri, când v-ați arătat unul altuia poze cu copiii voștri. Aceste părți nu sunt simple sentimente, ci modalități distincte de a exista, fiecare cu propriile lor convingeri, interese și roluri în imaginea de ansamblu a vieții noastre.

Felul în care ne înțelegem cu noi înșine depinde în mare măsură de capacitatea noastră internă de a ne gestiona viața, de a ne asculta diferitele părți componente, de a ne asigura că acestea se simt băgate în seamă și de a le împiedica să se saboteze reciproc. Aceste părți se consideră de sine stătătoare, deși nu sunt decât un element dintr-o constelație complexă de gânduri, emoții și senzații. Dacă Margaret îi strigă „Te urăsc!" în mijlocul unei certi, Joe crede probabil că aceasta îl disprețuiește, iar în patima momentului Margaret ar putea fi de acord cu el, dar în realitate numai o parte din ea este furioasă, ascunzându-i latura generoasă și sentimentele de afecțiune, care pot ieși imediat la lumină dacă aceasta vede tristețea de pe fața lui Joe.

Toate marile școli de psihologie recunosc faptul că oamenii au subpersonalități, cărora le dau diferite nume. În anul 1890, William James a scris: „Putem admite faptul că... per ansamblu, conștiința totală se poate diviza în părți care coexistă, dar se ignoră reciproc, împărtășind aceeași cunoaștere." La rândul lui, Carl Jung scrie: „...psihicul este un sistem care se autoreglează, menținându-și echilibrul, asemeni corpului"; „starea naturală a psihicului uman constă în amestecarea componentelor sale și a comportamentului lor contradictoriu"; „reconcilierea acestor opuși reprezintă o problemă majoră, căci adversarul nu este altcineva decât ‚celălalt eu'".

Neuroștiința modernă a confirmat această viziune asupra minții ca un fel de societate. Michael Gazzaniga, care a realizat o serie de studii de pionierat în domeniul divizării creierului, a tras concluzia că mintea este alcătuită din module funcționale semiautonome, fiecare având un rol special. El scrie în cartea sa, *Creierul social* (1985): „Ce putem spune însă despre ideea că sinele nu reprezintă o ființă unificată, și că în interiorul nostru ar putea exista mai multe lumi ale conștiinței?... Din studiile noastre [referitoare la divizarea creierului] a rezultat o concluzie nouă, potrivit căreia există literalmente mai multe identități de sine, care nu ‚conversează' neapărat unele cu celelalte". Savantul Marvin Minsky de la MIT, un pionier în domeniul inteligenței artificiale, a declarat: „Legenda Sinelui unitar nu face decât să ne deturneze de la ținta acestei investigații... Pare logic ca în creierul nostru să existe o

societate de minți diferite. La fel ca membrii unei familii, diferitele noastre minți pot colabora, ajutându-se reciproc, întrucât fiecare are propriile sale experiențe mentale, despre care celelalte nu știu nimic".

Psihoterapeuții, care sunt antrenați să îi privească pe oameni ca pe niște ființe umane complexe, cu caracteristici și potențialități multiple, îi pot ajuta pe aceștia să își exploreze părțile interioare și să le vindece pe cele rănite. Există mai multe abordări de tratamente în această direcție, printre care modelul disocierii structurale dezvoltat de colegii mei olandezi Onno van der Hart și Ellert Nijenhuis, precum și de cercetătoarea americană Kathy Steel, care lucrează în Atlanta. Acest model este amplu practicat în Europa și în activitatea lui Richard Kluft din Statele Unite.

La 20 de ani după ce am lucrat cu Mary, l-am cunoscut pe Richard Schwartz, cercetătorul care a conceput terapia sistemelor familiale (IFS[21]). Activitatea acestuia m-a ajutat să înțeleg cu adevărat metafora „familiei", oferindu-mi o modalitate sistematică de a lucra cu părțile divizate ale minții generate de traume. În centrul IFS stă ideea că mintea oricărui om este ca o familie al cărei membri au nivele diferite de maturitate, excitabilitate, înțelepciune și durere. Aceste părți alcătuiesc împreună o rețea sau un sistem. Prin urmare, schimbarea uneia dintre părți le influențează pe toate celelalte.

Modelul IFS m-a ajutat să înțeleg că disocierea se produce într-un continuum. În cazul traumei, sistemul sinelui se divide, iar diferitele părți ale acestuia devin polarizate și își declară război unele altora. Astfel, disprețul față de sine coexistă (și se luptă) cu grandoarea; iubirea de sine cu ura; amorțirea și pasivitatea cu furia și cu agresivitatea. Toate aceste roluri extreme sunt asociate cu povara traumei.

În cadrul modelului IFS, o parte nu este considerată o simplă stare emoțională efemeră sau un tipar mental obișnuit, ci un sistem mental distinct, cu propria sa istorie și cu capacitățile, nevoile și perspectiva sa asupra lumii. Trauma conferă acestor aspecte convingeri și emoții care le deturnează de la cursul lor natural. Spre exemplu, cu toții avem părți componente copilărești și amuzante. Atunci când suntem abuzați, aceste părți sunt cele care suferă cel mai mult, devenind încremenite în durerea, teroarea și trădarea generate de abuz. Această povară le transformă în niște părți toxice, făcându-ne să le

[21] De la *family system therapy* (n. tr.)

negăm cu orice preț. Dat fiind că sunt blocate în interiorul nostru, modelul IFS le numește *părți exilate*.

Celelalte părți componente se organizează pentru a proteja familia internă de părțile exilate. Ele le țin la distanță, dar își asumă astfel o parte din energia abuzatorului. Astfel, *managerii* critici și perfecționiști au grijă să nu ne putem apropia de nimeni și să fim infinit de productivi. Un alt grup de protectori, pe care IFS îi numește *pompieri*, reacționează în cazuri de urgență, acționând impulsiv ori de câte ori o experiență activează o emoție exilată.

Fiecare parte divizată conține emoții, convingeri și senzații fizice diferite. Astfel, unele conțin o stare de rușine, altele una de furie, altele plăcerea și excitația, iar altele singurătatea intensă sau supunerea abjectă. Toate acestea fac parte integrantă din experiența abuzului. Perspectiva critică este că toate aceste părți îndeplinesc o funcție: aceea de a proteja sinele de teroarea absolută a anihilării.

Copiii care își exprimă durerea printr-un comportament agresiv, fără să o refuleze în interior, sunt diagnosticați adeseori cu etichete de gen „tulburare de tip opoziție-sfidare", „tulburare de atașament" sau „tulburare de conduită". Aceste etichete ignoră însă faptul că furia și retragerea în sine nu sunt decât fațete ale unei întregi game de încercări disperate de supraviețuire. Tentativa de a controla comportamentul copilului fără a încerca să rezolvi cauza acestuia – abuzul – conduce la tratamente în cel mai bun caz ineficiente și în cel mai rău caz nocive. Pe măsură ce copilul crește, părțile sale componente nu se integrează spontan într-o personalitate coerentă, ci continuă să ducă o existență relativ autonomă.

Adeseori, părțile care se exprimă în lumea exterioară sunt complet inconștiente de celelalte părți ale sistemului. Marea majoritate a bărbaților pe care i-am evaluat în urma molestării lor în copilărie de către diferiți preoți catolici luau steroizi anabolizanți și își petreceau enorm de mult timp trăgând la fiare în sălile de sport. Acești culturiști compulsivi trăiau într-o cultură masculină a transpirației, fotbalului și berii, pentru a-și ascunde astfel slăbiciunea interioară și teama. Personal, nu am putut face cunoștință cu copilul speriat din interiorul lor decât după ce am reușit să îi fac să se simtă în siguranță în prezența mea.

Există părți care se manifestă în lumea exterioară și care le displac pacienților înșiși. Este vorba de părțile furioase, distructive sau

critice. IFS oferă un cadru pentru înțelegerea acestora, și ceea ce este mai important, pentru a putea vorbi despre ele fără a-ți cere scuze. Recunoașterea faptului că fiecare astfel de parte este captivă în trauma din trecut și respectarea funcției sale în sistemul de ansamblu o face să pară mai puțin amenințătoare sau mai puțin copleșitoare.

După cum spune Schwartz: „Dacă pornim de la premisa că oamenii au un impuls interior de a-și îngriji propria sănătate, rezultă că atunci când cineva are probleme cronice, ceva îl împiedică să își acceseze resursele interne. Dacă înțelege acest lucru, rolul psihoterapeutului devine să colaboreze cu pacientul său, nu să îl învețe ceva, să îl confrunte sau să îi umple găurile din psihic." Primul pas al acestei colaborări constă în a asigura sistemul intern că toate părțile sale componente sunt binevenite, inclusiv cele suicidale sau distructive, întrucât toate au apărut ca o încercare de a proteja sistemul sinelui, indiferent cât de amenințătoare par ele la ora actuală la adresa acestuia.

AUTOCONTROLUL LUCID

IFS pornește de la premisa că fundamentul vindecării de traumă este cultivarea autocontrolului lucid. Luciditatea nu numai că permite vizualizarea peisajului intern cu compasiune și curiozitate, dar ne reorientează către îngrijirea de sine. Toate sistemele – familii, organizații sau națiuni – pot opera eficient doar dacă au un leadership clar definit și competent. Familia internă nu diferă prea mult: toate fațetele sinelui nostru au nevoie de atenție. Liderul intern trebuie să distribuie cu înțelepciune resursele disponibile, creând o viziune a ansamblului care să țină cont de toate părțile componente.

După cum explică Richard Schwartz:

Sistemul intern al unei victime a unui abuz diferă de sistemul unei persoane neabuzate prin absența consistentă a unui leadership eficient, prin regulile extreme pe care trebuie să le respecte părțile componente și prin absența stării de echilibru sau de armonie. De regulă, părțile componente operează pe baza unor prezumții și convingeri depășite,

formate în urma abuzului din copilărie. Victima ajunge să creadă, spre exemplu, că ar fi extrem de periculos pentru ea să reveleze secretele referitoare la experiențele pe care le-a îndurat în copilărie.

Ce se întâmplă atunci când sinele nu mai deține controlul? IFS numește acest proces: „identificarea". În această stare, Sinele se identifică cu o parte componentă, spunându-și de pildă: „Vreau să mă sinucid" sau „Te urăsc". Este de remarcat diferența față de: „O parte din mine și-ar dori să fiu mort" sau „O parte din mine se activează când faci cutare lucru și mă face să îmi doresc să te ucid".

Schwartz face două afirmații care extind conceptul de luciditate în domeniul leadership-ului activ. Prima susține că Sinele nu trebuie să fie cultivat sau dezvoltat. Sub suprafața părților protectoare ale supraviețuitorilor traumei există o esență nedeteriorată, un Sine plin de încredere, curios și calm, ferit de distrugere de către diferiții protectori născuți din efortul de a-și asigura supraviețuirea. Dacă acești protectori ajung la concluzia că se pot separa în condiții de siguranță de Sine, acesta va ieși în mod spontan la suprafață, iar părțile componente rănite vor putea fi vindecate.

Cea de-a doua prezumție este că în loc să fie un observator pasiv, acest Sine lucid poate ajuta la reorganizarea sistemului intern, comunicând cu părțile sale componente într-o manieră care le ajută pe acestea să aibă încredere că există cineva în interior care poate avea grijă de ele. Cercetările din domeniul neuroștiinței arată și de această dată că aceasta nu este o simplă metaforă. Luciditatea amplifică activarea cortexului prefrontal median și reduce activitatea structurilor cerebrale precum amigdala, care activează reacțiile noastre emoționale. Acest lucru ne îmbunătățește controlul asupra creierului emoțional.

IFS nu numai că încurajează relația dintre psihoterapeut și pacientul neajutorat, dar insistă asupra cultivării unei relații interne între Sine și diferitele sale părți protectoare. În cadrul acestui model de tratament, Sinele nu se limitează să fie un martor pasiv care observă totul, așa cum susțin anumite tradiții ale meditației, ci își asumă un rol activ de lider. El este precum dirijorul unei orchestre, care ajută toate componentele să funcționeze armonios, dând astfel naștere unei simfonii grandioase, nu unei cacofonii.

FAMILIARIZAREA CU PEISAJUL INTERN

Sarcina psihoterapeutului este să își ajute pacienții să separe acest amestec generator de confuzie în entități separate, astfel încât să poată spune în final: „Această parte din mine este ca un copilaș, iar acea parte este mai matură, dar se simte ca o victimă". Chiar dacă nu le plac toate părțile lor componente, identificarea lor îi ajută pe aceștia să se simtă mai puțin intimidați sau copleșiți. Pasul următor constă în încurajarea pacienților să ceară fiecărei părți protectoare active să „facă un pas înapoi" pe moment, astfel încât să poată vedea de ce anume îi protejează ea. Dacă vor face în mod repetat acest lucru, părțile componente vor începe să se desprindă de Sine, permițându-le pacienților să se observe cu luciditate pe ei înșiși. Ei învață astfel «să își suspende pe moment furia, teama sau dezgustul, deschizându-se în fața curiozității și a introspecției. Din perspectiva stabilă a Sinelui, ei încep un dialog interior cu părțile lor componente.

Pacienților li se cere să își identifice partea implicată într-o problemă curentă, cum ar fi faptul că se simt lipsiți de valoare, abandonați sau obsedați de răzbunare. Atunci când își pun întrebarea: „Cine simte acest lucru în interiorul meu?", este posibil ca în mintea lor să apară o imagine. Partea deprimată le-ar putea apărea sub forma unui copil abandonat, a unui om în vârstă sau a unei infirmiere care îngrijește o persoană rănită. La fel, partea răzbunătoare le-ar putea apărea sub forma unui pușcaș marin sau a unui membru dintr-un grup mafiot.

În continuare, psihoterapeutul întreabă: „Ce simți pentru această parte [tristă, răzbunătoare, speriată] din tine?" El creează astfel cadrul necesar pentru o introspecție lucidă prin separarea „eului" de partea componentă respectivă. Dacă pacientul îi dă un răspuns extrem, de gen „O urăsc", terapeutul își dă seama că există o altă parte protectoare care se identifică cu Sinele. Prin urmare, el îi cere pacientului: „Încearcă să te distanțezi pe moment de această parte din tine care o urăște pe cealaltă". Pacientul trebuie să îi mulțumească acestei părți protectoare pentru vigilența ei, asigurând-o că va putea reveni oricând va avea nevoie de ea. Dacă partea protectoare este de acord să facă un pas înapoi, întrebarea care urmează este: „Ce simți acum față de partea respinsă anterior?" Este posibil ca pacientul să răspundă ceva de gen: „Mă întreb de ce este atât de [tristă, răzbunătoare, etc.]".

El creează astfel premisele pentru a-și cunoaște mai bine această parte, de pildă întrebând-o ce vârstă are și cum a ajuns să simtă ceea ce simte.

Atunci când pacientul ajunge să manifeste o masă critică a Sinelui său, acest tip de dialog intern începe să aibă loc în mod spontan. În acest moment, este important ca terapeutul să facă un pas înapoi și să vegheze dacă mai există alte părți care intervin, să facă diferite comentarii ocazionale sau să pună întrebări de gen: „Ce dorești să îi spui acestei părți în această privință?", „Unde dorești să mergi acum?" sau „Care ți se pare cel mai potrivit pas următor?", precum și întrebarea cvasi-permanentă (pentru detectarea identității de Sine): „Ce simți față de această parte în momentul de față?"

O VIAȚĂ FRAGMENTATĂ ÎN PĂRȚI COMPONENTE

Joan a venit la cabinetul meu pentru a o ajuta să își gestioneze mai bine temperamentul incontrolabil și crizele de furie, dar și vinovăția generată de numeroasele ei aventuri extraconjugale, cea mai recentă fiind cu antrenorul ei de tenis. După cum s-a exprimat ea încă de la prima noastră ședință: „Oscilez brusc între o profesionistă care îi pune pe toți la punct și un copil răsfățat, apoi o scorpie furioasă și în sfârșit o femeie care nu se poate opri din mâncat – totul în numai zece minute. Nu am nicio idee cine sunt cu adevărat eu însămi."

Până în acest punct al ședinței noastre, Joan îmi criticase deja afișele de pe pereți, mobila și dezordinea de pe biroul meu. Insulta era singurul mecanism de autoapărare pe care îl cunoștea. În acest fel, se pregătea pentru o nouă dezamăgire, fiind convinsă că o voi abandona, la fel ca atâția alții înaintea mea. Era conștientă că pentru ca psihoterapia să poată funcționa, trebuia să devină vulnerabilă, așa că trebuia să descopere de la bun început dacă îi puteam suporta furia, teama și tristețea. Mi-am dat seama că singura modalitate de a-i contracara mecanismul de autoapărare consta în a-i arăta un interes maxim față de toate detaliile vieții sale, demonstrându-i astfel că o susțin sută la sută și confirmându-i că a meritat să își asume riscul de a vorbi cu mine, întrucât îi accept necondiționat părțile de care îi era rușine.

Am întrebat-o pe Joan dacă și-a observat vreodată acea parte a personalității sale care era extrem de critică. Mi-a mărturisit că

da, așa că am întrebat-o ce simțea față de respectiva parte. Această întrebare cheie a ajutat-o să înceapă să se separe de acea parte și să își exerseze în acest fel Sinele. Joan mi-a răspuns că își ura criticul interior, întrucât îi reamintea de mama ei. Când am întrebat-o pe cine credea acel critic interior că protejează, mânia ei s-a estompat și ea a devenit curioasă și introspectivă: „Mă întreb de ce simte nevoia să mă insulte la fel cum făcea mama, ba chiar mai rău." Joan mi-a povestit cât de speriată de mama ei s-a simțit în copilărie și cât de convinsă era că nu va putea face niciodată ceva corect. În mod evident, criticul ei interior era unul din managerii ei. El nu numai că o proteja pe Joan de mine, dar încerca să anticipeze eventualele critici ale mamei sale.

În următoarele săptămâni, Joan mi-a povestit că a fost molestată sexual de iubitul mamei sale, cel mai probabil când era în clasa întâi sau a doua. Era convinsă că acest lucru i-a „distrus" capacitatea de a mai avea relații intime. Deși era extrem de solicitantă și de critică cu soțul ei, față de care nu avea nicio dorință sexuală, era extrem de pasională și de-a dreptul nesăbuită în aventurile sale extraconjugale. Acestea se încheiau însă întotdeauna la fel: în mijlocul unei runde amoroase, ea devenea brusc îngrozită și se ghemuia scâncind ca o fetiță mică. Aceste scene o făceau să devină confuză și dezgustată de sine, după care nu mai suporta să aibă ceva de-a face cu amantul ei.

La fel ca Marilyn despre care am vorbit în capitolul 8, Joan mi-a spus că a învățat să dispară complet atunci când era molestată, plutind pe deasupra scenei, ca și cum aceasta i s-ar fi întâmplat unei alte fetițe. Eliminarea forțată a molestării din mintea ei a ajutat-o pe Joan să aibă o viață normală la școală, să doarmă la colegele sale, să aibă prietene și să facă parte din echipele de sport. Problemele au apărut în adolescență, când și-a creat un tipar de dispreț frigid față de băieții care o tratau foarte frumos, dar având aventuri amoroase aleatorii care o făceau să se simtă umilită și să îi fie rușine de sine. Joan mi-a spus că bulimia era pentru ea ceea ce trebuie să fi fost orgasmele pentru alți oameni și că sexul cu bărbatul ei echivala cu ceea ce însemna vomă pentru alții. Deși amintirile specifice ale abuzului ei erau divizate (sau disociate), ea le retrăia inconștient.

Nu am încercat să îi explic de ce se simțea atât de furioasă, de vinovată sau de închisă în sine, întrucât se considera deja deteriorată. În psihoterapie, la fel ca în procesarea amintirilor, pendularea

(abordarea graduală despre care am discutat în capitolul 13) este esențială. Pentru ca Joan să devină capabilă să își suporte suferința și rana interioară, ea trebuia să își redescopere mai întâi iubirea de sine și puterea lăuntrică, ce aveau să o vindece apoi.

În acest scop, m-am focalizat asupra numeroaselor ei resurse interne și mi-am reamintit încontinuu că nu îi pot furniza iubirea și afecțiunea care i-au lipsit în copilărie. Dacă un terapeut, un profesor sau un mentor încearcă să umple personal golurile rămase în urma privațiunilor din copilărie, el descoperă mai devreme sau mai târziu că este persoana greșită aflată în locul și la momentul nepotrivite. Prin urmare, mi-am focalizat terapia asupra relației lui Joan cu propriile sale părți componente, nu cu mine.

ÎNTÂLNIREA CU MANAGERII

Pe măsură ce tratamentul lui Joan a progresat, am identificat împreună numeroase părți diferite care preluau controlul asupra Sinelui său în diferite momente. Astfel, în ea existau o parte copilărească și agresivă care făcea crize de furie, o adolescentă promiscuă, o parte suicidală, un manager obsesiv, o moralistă greu de suportat și așa mai departe. Ca de obicei, am început prin a-i face cunoștință cu managerii. Sarcina acestora era să prevină umilințele și abandonarea, făcând-o să se simtă organizată și în siguranță. Unii manageri sunt agresivi (cum era criticul interior al lui Joan), în timp ce alții sunt perfecționiști sau rezervați, dornici să nu atragă foarte multă atenție asupra lor. Ei ne pot spune să ignorăm ce se întâmplă și să rămânem pasivi pentru a evita riscurile inutile. Managerii interiori ne controlează accesul la emoții, astfel încât sistemul sinelui să nu devină vreodată copleșit.

Noi avem nevoie de o cantitate enormă de energie pentru a menține controlul asupra acestui sistem. Un simplu comentariu gen flirt poate fi suficient pentru a activa simultan mai multe părți ale personalității: una care devine extrem de excitată sexual, o alta plină de dispreț față de sine și o a treia care încearcă să calmeze lucrurile prin tăierea pielii cu lama. Alți manageri creează obsesii și distrageri, sau neagă complet realitatea. Fiecare parte trebuie considerată însă un protector intern care menține o poziție defensivă importantă. Managerii au o responsabilitate enormă și de cele mai multe ori sunt complet depășiți de evenimente.

Unii manageri sunt extrem de competenți. Mulți dintre pacienții mei ocupă poziții de responsabilitate, îndeplinesc sarcini profesionale de excepție și pot fi părinți incredibil de atenți cu copiii lor. Fără doar și poate, managerul critic al lui Joan a contribuit din plin la succesul ei ca oftalmolog. Am avut numeroși pacienți care erau profesori sau infirmieri extrem de competenți. Deși colegii lor îi considerau probabil puțin distanți sau prea rezervați, ei ar fi fost cu siguranță șocați să afle că colegii lor atât de exemplari practicau automutilarea, aveau tulburări alimentare sau preferau practicile sexuale bizare.

Încetul cu încetul, Joan a început să realizeze că este ceva normal să experimenteze gânduri și sentimente conflictuale, fapt care i-a dat mai multă încredere în ceea ce trebuia să facă. În loc să creadă că ura îi consuma întreaga ei ființă, ea a învățat că numai o parte a ei era paralizată de ea. Din păcate, după o evaluare negativă la locul de muncă, Joan a intrat în trepidație, învinovățindu-se singură că nu s-a protejat, iar apoi simțindu-se slabă, dependentă și neputincioasă. Când i-am cerut să vadă în ce parte a corpului ei era localizată neputința și ce simțea față de această parte a ei, ea a opus rezistență. Mi-a spus că nu o putea suporta pe acea fată plângăcioasă și incompetentă care o făcea să se simtă stânjenită și să se disprețuiască pe sine. Am bănuit imediat că exact aceasta era partea care conținea cea mai mare parte a amintirii abuzului ei, dar am decis să nu fac presiuni asupra ei în momentul de față. După această ședință, Joan a părăsit cabinetul meu supărată și retrasă în sine.

A doua zi, ea a dat iama în frigider și apoi a petrecut ore întregi vomând ce a mâncat. Când s-a întors la cabinetul meu, mi-a spus că dorea să se sinucidă și că era sincer surprinsă de faptul că încă mai păream curios și necritic față de ea, și că nu o condamnam pentru tendințele ei suicidale și pentru bulimia sa. Când am întrebat-o ce părți din ea erau implicate, criticul din ea a sărit imediat cu gura: „Este dezgustătoare!" Când Joan i-a cerut acestei părți a ființei sale să facă un pas înapoi, următoarea parte care a ieșit la lumină a declarat: „Nimeni nu mă va iubi vreodată", fiind urmată din nou de critic, care mi-a spus că cea mai bună modalitate de a o ajuta ar fi fost să ignor toate acele lamentări și să îi măresc doza de medicamente.

În mod evident, în dorința lor de a-și proteja părțile rănite, acești manageri o răneau chiar pe ea, fără să aibă această intenție, desigur. Prin urmare, am continuat să îi întreb ce credeau că avea să se întâmple

dacă aveau să facă un pas înapoi. Joan mi-a răspuns: „Oamenii mă vor uri" și „O să rămân singură și o să ajung în stradă". A urmat apoi o amintire: mama ei i-a spus odată că dacă va continua să fie neascultătoare, o va da spre adopție și nu-și va mai vedea niciodată surorile și câinele. Când am întrebat-o ce simțea în privința acelei fetițe speriate din interiorul ei, a început să plângă și mi-a răspuns că îi părea rău de ea. Mi-am dat seama că Sinele ei s-a întors și am sperat că sistemul ei s-a calmat, dar această speranță s-a dovedit a fi prematură.

STINGEREA INCENDIULUI

În săptămâna următoare, Joan nu a venit la întâlnirea cu mine. S-a dovedit că ultima ședință i-a activat părțile exilate, așa că „pompierii" ei interiori au luptat din greu să stingă focul. După câte mi-a povestit mai târziu, în seara zilei în care am vorbit despre teroarea ei de a nu fi dată spre adopție s-a simțit pe punctul de a exploda. S-a dus într-un bar și a agățat un tip. Mai târziu s-a întors acasă beată, cu părul încâlcit, și s-a culcat în pod. A doua zi dimineața s-a purtat ca și cum nu s-ar fi întâmplat nimic.

„Pompierii" sunt dispuși să facă orice pentru ca durerea emoțională să dispară. În afara sarcinii de a ține la distanță părțile exilate, ei reprezintă chiar opusul managerilor: scopul managerilor este controlul cu orice preț, în timp ce pompierii sunt dispuși să distrugă complet casa pentru a stinge incendiul. Lupta dintre managerii rigizi și pompierii lipsiți de control continuă până când părților exilate (care poartă în sine povara traumei) li se permite să se întoarcă acasă pentru a fi îngrijite.

Orice om care are de-a face cu un supraviețuitor al unei traume se confruntă cu acești pompieri. Personal, am cunoscut pompieri care fac cumpărături, beau, joacă compulsiv jocuri de calculator, au aventuri amoroase impulsive sau fac obsesiv exerciții fizice. O poveste amoroasă sordidă poate amorți oroarea și rușinea copilului abuzat, chiar dacă numai pentru câteva ore.

Este esențial să ne aducem aminte că – în ultimă instanță – pompierii nu fac altceva decât să încerce cu disperare să protejeze sistemul. Spre deosebire de manageri, care cooperează superficial în timpul psihoterapiei, pompierii nu au niciun fel de autocontrol: ei sunt oricând gata să te insulte și să iasă valvârtej din cabinetul tău.

Pompierii se pretează la orice, iar dacă îi întrebi ce s-ar întâmpla dacă nu și-ar mai face datoria, vei descoperi că au convingerea fermă că sentimentele exilate vor distruge întregul sistem al identității de sine. Ei ignoră faptul că există modalități mai bune de a garanta siguranța fizică și emoțională, și chiar dacă pacientul renunță la mâncatul excesiv sau la tăieturi, pompierii descoperă adeseori alte modalități de a-i face rău. Aceste cicluri nu se încheie decât atunci când Sinele devine capabil să preia controlul și întregul sistem ajunge să se simtă în siguranță.

POVARA TOXICITĂȚII

Părțile exilate reprezintă groapa de gunoi în care sistemul își aruncă deșeurile toxice. Dat fiind că acestea conțin amintirile, senzațiile, convingerile și emoțiile asociate cu trauma, eliberarea lor este într-adevăr periculoasă. Ele conțin experiența șocului din care nu poți scăpa, precum și teroarea, colapsul și adaptarea care vin împreună cu acesta. Părțile exilate se pot manifesta prin senzații fizice asociate cu prăbușirea sau amorțirea extremă, ofensând atât autocontrolul rezonabil al managerilor cât și bravada pompierilor.

La fel ca marea majoritate a supraviețuitorilor incestului, Joan își ura părțile exilate, și îndeosebi pe fetița care a acceptat solicitările sexuale ale abuzatorului ei, dar și pe cea care plângea noaptea în pat. Atunci când părțile exilate îi copleșesc pe manageri, preluând controlul asupra sinelui, pacientul se simte din nou copilul respins, slab, neiubit și abandonat de odinioară. Sinele se „identifică" cu părțile exilate și orice altă alternativă posibilă devine eclipsată. Într-un astfel de caz, „noi ne vedem pe noi înșine – și întreaga lume exterioară – prin ochii lor și credem că aceasta este singura lume care există; aflați în această stare, nouă nu ne trece prin cap că suntem deturnați", după cum scrie Schwartz.

Pe de altă parte, ținerea părților exilate sub lacăt ne ferește nu doar de amintiri și de emoții, ci și de acele părți din noi înșine care au fost cele mai rănite de traumă. După cum spune Schwartz: „De regulă, acestea sunt cele mai sensibile, mai creative, mai amatoare de intimitate, mai vii, mai jucăușe și mai inocente părți ale noastre. Prin exilarea lor atunci când sunt rănite, ele suferă o dublă ofensă, căci insulta respingerii tale se adaugă la rana inițială." După cum

a descoperit Joan, continuarea ascunderii părților exilate și disprețuite o condamna la o viață fără intimitate și fără vreo bucurie autentică.

DEBLOCAREA TRECUTULUI

După câteva luni de tratament, am reușit, împreună cu Joan, să o accesăm din nou pe fetița exilată care purta în sine toată umilința, confuzia și rușinea molestării sale sexuale. La acea vreme, Joan avea o încredere suficient de mare în mine și își dezvoltase suficient Sinele pentru a putea tolera să își observe copilul interior, cu teroarea, entuziasmul, abandonarea și complicitatea sa, rămase captive atâta timp în el. Joan nu a spus foarte multe în timpul acestui proces, iar principala mea sarcină a fost să o mențin într-o stare de calm și de introspecție. Ea avea adeseori impulsul de a se retrage dezgustată și cuprinsă de oroare, lăsând din nou singur acest copil pe care nu îl putea accepta, în suferința sa. În aceste momente le ceream protectorilor ei să facă un pas înapoi, astfel încât Joan să poată asculta ceea ce dorea să îi spună acea fetiță.

În final, în urma încurajărilor mele, ea a reușit să vizualizeze întreaga scenă și să o ia pe fetiță cu ea, într-un loc în care să se simtă în siguranță. Joan i-a spus abuzatorului ei că nu-l va mai lăsa niciodată să se apropie de ea. În loc să o nege pe acea fetiță, ea și-a asumat un rol activ, eliberând-o. La fel ca în cazul EMDR, eliberarea de trauma a fost rezultatul capacității sale de a-și accesa imaginația și de a modifica scenele în care a rămas captivă cu foarte mult timp în urmă. Ea și-a înlocuit astfel pasivitatea neajutorată cu acțiunea determinată a Sinelui ei.

După ce Joan a început să își asume impulsurile și comportamentele personale, ea a recunoscut fragilitatea relației sale cu soțul ei, Brian, și a început să insiste asupra unei schimbări. Am invitat-o să îl cheme pe Brian la întrunirile noastre, iar acesta a participat la opt ședințe înainte de a veni să mă vadă individual.

Schwartz remarcă faptul că IFS îi poate ajuta pe membrii familiei să își devină reciproc „mentori", pe măsură ce învață să observe cum interacționează părțile componente ale unei persoane cu cele ale alteia. Personal, am asistat pentru prima dată la acest proces în timpul experienței cu Joan și cu Brian. La început, Brian era mândru că i-a

suportat atâta timp comportamentul lui Joan. Gândul că aceasta avea nevoie de el l-a împiedicat să întreprindă o acțiune de divorț. Acum, când Joan își dorea mai multă intimitate, el s-a simțit sub o presiune foarte mare și inadecvat în noul rol, revelând astfel o parte a psihicului său intrată în panică ce îl făcea să își creeze un zid împotriva oricăror sentimente.

Încetul cu încetul, Brian a început să vorbească, spunându-mi că a crescut cu un tată alcoolic, în care comportamentele similare cu cele ale lui Joan erau ignorate. Tatăl său se interna periodic într-o clinică de dezalcoolizare, iar mama sa era internată frecvent și tratată pentru depresie și pentru încercările ei de sinucidere. Când am întrebat această parte a sa intrată în panică ce s-ar întâmpla dacă i-ar permite lui Brian să simtă ceva, el și-a dezvăluit teama de a nu fi copleșit de durere: de cea acumulată în copilărie și de cea generată de relația sa cu Joan.

În următoarele săptămâni au ieșit la lumină și alte părți. Prima a fost un protector speriat de femei și ferm hotărât să nu îl lase vreodată pe Brian să devină vulnerabil la manipulările acestora. A urmat apoi un protector puternic care și-a îngrijit mama și frații mai mici. Acesta îi dădea lui Brian sentimentul valorii de sine și al scopului, ajutându-l să își gestioneze astfel teroarea interioară. În final, Brian s-a simțit pregătit să își întâlnească partea exilată: copilul speriat, crescut practic fără o mamă și de care nu a avut nimeni grijă.

Aceasta este versiunea mult prescurtată a unei explorări de lungă durată, care a implicat numeroase diversiuni, căci criticul lui Joan revenea adesea la suprafața conștiinței sale. Cert este că IFS i-a ajutat de la bun început pe Joan și pe Brian să se asculte reciproc, dar și pe ei înșiși, din perspectiva Sinelui lor obiectiv, curios și plin de compasiune. În acest fel, ei s-au desprins de trecutul lor, iar în față li s-au deschis o gamă largă de posibilități noi.

PUTEREA COMPASIUNII FAȚĂ DE SINE: APLICAREA IFS ÎN TRATAMENTUL ARTRITEI REUMATOIDE

Nancy Shadick este un medic reumatolog care lucrează la Spitalul Brigham pentru Femei din Boston, combinând studiile medicale referitoare la artrita reumatoidă cu interesul față de experiența personală a pacientelor sale. După ce a descoperit IFS la un seminar organizat

de Richard Schwartz, ea s-a decis să integreze această terapie într-un studiu referitor la intervenția psihosocială în cazul bolnavilor de artrită.

Artrita reumatoidă este o boală autoimună care cauzează tulburări inflamatorii în întregul organism, generând dureri cronice și un handicap fizic. Medicamentele îi pot întârzia progresul și pot elimina o parte din dureri, dar boala nu are un remediu, putând conduce la depresie, anxietate, izolare și o calitate mult redusă a vieții. Am urmărit studiul lui Nancy cu un interes maxim, datorită asocierii pe care am observat-o eu însumi între traumă și bolile autoimune.

Colaborând cu terapeuta IFS Nancy Sowell, dr. Shadick a creat un studiu aleatoriu de nouă luni în care un grup de paciente cu artrită reumatoidă au primit instrucțiuni individuale și în grup referitoare la IFS, iar cele dintr-un grup de control nu au primit decât email-uri și telefoane regulate în care au fost întrebate despre simptomele bolii și felul în care le gestionează. Ambele grupuri au luat medicamentele prescrise curent pentru artrită și au fost evaluate periodic de reumatologi care nu au fost informați în privința grupului căruia îi aparțineau.

Scopul grupului IFS a fost să predea pacientelor tehnici de acceptare și de înțelegere a fricii, neajutorării și mâniei inevitabile pe care le produce boala, tratând aceste sentimente ca pe niște membri ai „familiei lor interne". Pacientele au fost învățate tehnici de dialog interior care le-au ajutat să își recunoască durerea, să identifice gândurile și emoțiile asociate cu ea, să își abordeze stările interne cu interes și cu compasiune.

Principala problemă a ieșit rapid la lumină. La fel ca foarte mulți supraviețuitori ai traumelor, pacientele care sufereau de artrită erau alexitimice. Așa cum mi-a explicat Nancy Sowell mai târziu, ele nu se plângeau de dureri sau de handicapul lor decât atunci când se simțeau complet copleșite. Dacă erau întrebate cum se simțeau, răspundeau invariabil: „Mă simt bine." Partea lor stoică le ajuta în mod evident să facă față bolii, dar acești manageri le mențineau într-o stare de negare. Unele își blocau atât de puternic accesul la senzațiile lor corporale și la emoțiile lor încât nu mai puteau colabora eficient cu doctorii.

Pentru a pune lucrurile în mișcare, liderii studiului au creat un cadru dramatic pentru accesarea părților IFS, rearanjând mobila și aducând elemente de recuzită care să reprezinte managerii, părțile

exilate și pompierii. În săptămânile care au urmat, membrele grupului au început să vorbească despre managerii care le spuneau să „suporte în tăcere", căci nimeni nu dorea să afle despre durerea lor. Atunci când le-au cerut acestor părți stoice să facă un pas înapoi, pacientele au început să observe o parte furioasă care dorea să țipe și să distrugă totul, o alta care dorea să nu se mai dea jos din pat, precum și una exilată, care se simțea complet lipsită de valoare, întrucât nu i se permitea să spună vreodată ceva. S-a dovedit că aproape toate pacientele au fost copii crescuți astfel încât să fie văzuți, dar nu și auziți, fiind nevoiți să își ascundă nevoile reale.

Terapia IFS individuală le-a ajutat pe paciente să aplice limbajul părților componente în viața de zi cu zi. Spre exemplu, una dintre femei se simțea captivă într-un conflict de la serviciu, căci partea-manager din ea insista că trebuie să muncească până când nu mai poate, întrucât „cui pe cui se scoate". Cu ajutorul terapeutei, ea a înțeles că își poate asigura nevoile fără a cădea jos de oboseală.

Cele două grupuri, cel care a beneficiat de terapia IFS și cel de control, au fost evaluate de trei ori în perioada de nouă luni a studiului, și încă o dată un an mai târziu. La sfârșitul celor nouă luni, grupul IFS a prezentat o îmbunătățire măsurabilă a durerilor de încheieturi autoevaluate, a funcției fizice, a compasiunii față de sine și a durerii în general, prin comparație cu grupul de control. De asemenea, membrele acestui grup au prezentat o îmbunătățire considerabilă în ceea ce privește depresia și eficacitatea personală. Aceste progrese au fost înregistrate inclusiv peste un an, deși testele medicale obiective nu au mai putut detecta îmbunătățiri măsurabile în ceea ce privește durerea și funcția fizică. Cu alte cuvinte, lucrul care s-a schimbat cel mai mult a fost capacitatea pacientelor de a trăi cu boala. În concluziile lor, Shadick și Sowell au subliniat focalizarea IFS asupra compasiunii față de sine, considerând-o factorul cheie al terapiei.

Acesta nu a fost primul studiu care a arătat că intervenția psihologică îi poate ajuta pe pacienții cu artrită reumatoidă. S-a dovedit că terapiile cognitiv-comportamentale și practicile bazate pe cultivarea lucidității au de asemenea un impact pozitiv asupra durerii, inflamării încheieturilor, handicapului fizic și depresiei. Din păcate, niciunul din aceste studii nu și-a pus o întrebare absolut critică: se reflectă siguranța și confortul psihologic într-o funcționare mai bună a sistemului imunitar?

ELIBERAREA COPILULUI EXILAT

Peter conducea departamentul de oncologie al unui prestigios centru medical academic, considerat unul dintre cele mai bune din țară. În timp ce stătea în cabinetul meu, într-o formă fizică perfectă datorită practicii regulate a sportului numit squash, încrederea sa în sine amintea izbitor de aroganță. Cu siguranță, acest bărbat nu suferea de SSPT. El mi-a spus că nu dorea decât să își ajute soția să nu mai fie atât de „sensibilă". Aceasta l-a amenințat că îl va părăsi dacă nu făcea ceva cu ceea ce ea numea „comportamentul lui insensibil (dur)". Peter m-a asigurat că percepția ei era distorsionată, căci el nu avea nicio problemă în a simți empatie față de oamenii bolnavi.

Lui Peter îi plăcea să vorbească despre munca sa, fiind mândru de competiția acerbă la care se pretau medicii rezidenți și membrii personalului pentru a rămâne în colectivul său, dar și de zvonurile pe care le auzise, potrivit cărora toată lumea era speriată de el. El s-a descris singur ca fiind un om de știință de o onestitate brutală (așa cum îi stă bine unui om de știință), care privește doar faptele și care nu îi suportă pe proști (mi-a aruncat o privire semnificativă). Le impunea celorlalți standarde foarte înalte, dar nu mai înalte decât cele pe care și le impunea sieși, și m-a asigurat că nu avea nevoie de iubirea, ci doar de respectul celor din jur.

Peter a adăugat la toate acestea că pregătirea sa psihiatrică din timpul facultății l-a convins că psihiatrii moderni continuă să practice vrăjitoria, și scurta sa participare la o ședință de terapie în cuplu l-a convins o dată în plus de acest lucru. Și-a exprimat apoi disprețul față de oamenii care dau vina pe părinți sau pe societate pentru problemele lor. Deși a avut propriile sale probleme în copilărie, era ferm hotărât să nu se gândească la sine ca la o victimă.

Deși duritatea și preferința pentru precizie a lui Peter nu mi-au displăcut, nu am putut să nu mă întreb în ce măsură voi descoperi (lucrând împreună cu el) ceva care îmi era extrem de familiar: un manager intern obsedat de putere, creat tocmai cu scopul de a-i ascunde neajutorarea.

Când l-am întrebat despre familia sa, Peter mi-a spus că tatăl său avea o afacere în domeniul industriei. Era un supraviețuitor al Holocaustului care putea fi extrem de brutal, dar avea o parte

sentimentală și sensibilă care l-au determinat pe Peter să păstreze contactul cu el, inspirându-l să urmeze profesia de medic. Când mi-a vorbit apoi spre mama sa, el și-a dat pentru prima oară seama că aceasta nu era o persoană foarte riguroasă în ceea ce privește gospodăria, dar a manifestat întotdeauna o afecțiune sinceră față de el, negând faptul că acest lucru l-ar fi deranjat cu ceva. În copilărie, Peter a luat numai note de 10. Și-a propus să ducă o viață eliberată de respingere și de umilințe, dar ironia făcea să lucreze cu moartea și cu respingerea în fiecare zi: se confrunta cu moartea în secția sa de oncologie și cu respingerea în încercările sale constante de a-și vedea cercetările finanțate și publicate.

La următoarea ședință a participat și soția lui Peter. Aceasta mi-a povestit că soțul ei o critica în permanență. Nimic nu era pe gustul lui: hainele pe care le îmbrăca, felul în care își creștea copilul, lecturile, inteligența și prietenele. Peter își petrecea aproape tot timpul la serviciu și nu era niciodată disponibil în plan emoțional pentru ea. Dat fiind că avea atâtea obligații importante și îi sărea imediat țandăra, familia sa mergea în vârful picioarelor în jurul lui. Soția i-a spus lui Peter că era ferm hotărâtă să îl părăsească și să înceapă o viață nouă dacă nu avea să își schimbe radical viața. Atunci l-am văzut pentru prima dată pe Peter sincer tulburat. Ne-a asigurat imediat, pe mine și pe soția sa, că își dorea să rezolve toate problemele.

La următoarea noastră ședință i-am cerut lui Peter să își relaxeze corpul, să închidă ochii, să își focalizeze atenția în interior și să își întrebe partea critică (cea pe care a identificat-o soția sa) ce anume se temea că s-ar putea întâmpla dacă va înceta să mai judece critic pe toată lumea. După circa 30 de secunde, mi-a spus că se simțea stupid vorbind cu sine însuși. Nu avea de gând să încerce astfel de „trucuri New Age". La urma urmelor, a venit la mine pentru o „terapie verificată empiric". L-am asigurat că eram cel mai mare susținător (la fel ca și el) al terapiilor empirice, și că aceasta era una dintre ele. În continuare, a rămas tăcut timp de aproximativ un minut, după care mi-a răspuns în șoaptă: „Mă tem că aș putea fi rănit." I-am spus să își întrebe criticul la ce se referea. Continuând să își țină ochii închiși, Peter mi-a răspuns: „Atunci când îi critici pe ceilalți, aceștia nu îndrăznesc să te rănească." A adăugat imediat: „Dacă ești perfect, nimeni nu te poate critica." I-am cerut să îi mulțumească criticului său intern pentru că îl protejează de răni și de umilință, iar el a

redevenit tăcut. Puteam vedea cum umerii i se relaxau, iar respirația îi devenea mai lentă și mai profundă.

În continuare, Peter mi-a spus că era conștient că emfaza sa îi afecta relațiile cu colegii și cu studenții; că se simțea singur și disprețuit în timpul ședințelor cu personalul, și neconfortabil la petrecerile oferite de spital. Când l-am întrebat dacă dorea să schimbe maniera în care partea sa furioasă îi amenința pe oameni, mi-a răspuns că da. L-am întrebat apoi unde era localizată această parte în corpul său, și Peter a descoperit că aceasta își avea sediul în partea centrală a pieptului. În aceeași stare de focalizare, l-am întrebat ce simte față de ea. Mi-a răspuns că este speriat de ea.

I-am cerut apoi să rămână focalizat asupra ei și să vadă ce simțea în continuare față de ea. Mi-a răspuns că era curios să afle mai multe despre ea. L-am întrebat ce vârstă avea respectiva parte. Mi-a răspuns că avea aproximativ șapte ani. I-am indicat apoi să își întrebe criticul de ce anume îl proteja. După o tăcere îndelungată, cu ochii încă închiși, mi-a răspuns că asista la o scenă din copilărie. Tatăl său îl bătea pe acel băiețel (pe el când era mic), iar el stătea deoparte, spunându-și cât de prost era acel copil ca să-și provoace tatăl. Când l-am întrebat ce simțea față de băiețelul bătut, mi-a răspuns că îl disprețuia, întrucât era un plângăcios slab de înger; după ce și-a sfidat tatăl, care știa exact ce făcea, acum a capitulat și a început să se smiorcăie, spunându-i că va fi cuminte. Nu avea deloc sânge în vine. L-am întrebat pe critic dacă este dispus să facă un pas înapoi, astfel încât să înțelegem mai bine ce se întâmplă cu acel băiețel. Criticul a refuzat, manifestându-se din plin și numindu-l pe băiețel: „prostănac" și „plângăcios". L-am întrebat din nou pe critic dacă era dispus să facă un pas înapoi, dându-i băiețelului șansa de a spune ceva. Peter s-a închis complet în sine. A părăsit ședința spunându-mi că era puțin probabil că va mai călca vreodată în cabinetul meu.

În săptămâna care a urmat s-a întors însă și mi-a spus că, exact așa cum l-a amenințat mai demult, soția sa s-a dus la un avocat și a depus actele de divorț. Peter era devastat și nu mai părea deloc doctorul arogant și cu nasul pe sus pe care îl cunoșteam și de care, ca să fiu sincer, mă temeam puțin. Confruntat cu destrămarea familiei sale, a devenit foarte agitat, alinându-se cu ideea că dacă lucrurile o luau complet razna, își putea lua oricând viața în mâinile sale, descurcându-se singur.

Am pătruns din nou împreună în psihicul său și am identificat acea parte care era speriată de abandon. De îndată ce s-a integrat în partea sa lucidă (Sinele său), l-am invitat pe Peter să îl roage pe băieţelul speriat să îi arate ce povară ducea cu sine. Și de această dată, prima sa reacție a fost una de dezgust față de slăbiciunea băieţelului, dar după ce i-am cerut acelei părți critice să facă un pas înapoi, el a văzut o imagine a sa din copilărie, când era singur în camera sa și țipa speriat de moarte. Peter a privit această scenă timp de câteva minute în șir, plângând în tăcere. L-am întrebat dacă băieţelul i-a spus ceva ce își dorea să știe. Nu, dar au apărut alte scene, între care un moment în care a alergat cu să își întâmpine tatăl la poartă, dar acesta i-a trasă o palmă pentru că nu și-a ascultat mama.

Când și când, întrerupeam procesul și îi explicam lui Peter că părinții lui nu s-ar fi putut descurca mai bine decât au făcut-o, întrucât au fost supraviețuitori ai Holocaustului, și deci traumatizați ei înșiși. I-am sugerat din nou să își descopere acele părți protectoare din interiorul lui care l-au împiedicat în trecut să asiste la durerea băieţelului, cerându-le să se mute temporar într-o altă încăpere. De fiecare dată, el s-a putut întoarce la durerea sa.

I-am cerut lui Peter să îi spună băieţelului că acum înțelegea în sfârșit cât de dureroasă a fost acea experiență pentru el. Peter a păstrat o tăcere de lungă durată, plină de tristețe. I-am cerut apoi să îi arate băieţelului că îi păsa de el. După câteva ezitări, el l-a îmbrățișat pe băieţel (în imaginația lui). Am rămas surprins să constat că acest bărbat aparent dur și insensibil știa exact cum să aibă grijă de copil.

După ceva timp, l-am invitat pe Peter să revină la scena din copilărie și să îl ia pe băieţel cu el. Peter și-a imaginat că își confruntă tatăl din perspectiva sa de adult, spunându-i: „Dacă îți mai pui vreodată mintea cu acest băieţel, o să vin și o să te ucid." El l-a dus apoi pe băieţel (tot în imaginația lui) într-un loc frumos din natură pe care îl cunoștea, lăsându-l să se joace cu ponenii, în timp ce el îl supraveghea.

Munca noastră nu s-a încheiat însă aici. După ce soția sa a renunțat la divorț, o parte din vechile sale obiceiuri i-au revenit, așa că a trebuit să îl vizităm din nou pe acel băieţel izolat, pentru a ne asigura că Peter avea grijă de părțile rănite din el, îndeosebi atunci când se simțea rănit de ceva ce s-a întâmplat la serviciu sau acasă.

IFS numește această etapă „despovărarea". Ea constă în îngrijirea părților exilate/rănite până când acestea se vindecă. Cu fiecare nouă despovărare, criticul interior al lui Peter se relaxa din ce în ce mai mult, transformându-se treptat dintr-un judecător într-un mentor, iar el a început să își repare relațiile cu familia și cu colegii. Printre altele, în această etapă i-au dispărut durerile persistente de cap de care suferea.

Într-o zi, Peter mi-a spus că și-a petrecut întreaga viață de adult încercând să scape de trecutul său, dar ironia sorții i-a impus să se apropie de acesta pentru a se putea elibera de el.

Capitolul 18

UMPLEREA GOLURILOR: CREAREA STRUCTURILOR

Cea mai mare descoperire a generației mele este aceea că ființele umane își pot transforma viața prin modificarea atitudinii lor mentale

— William James

Nu este vorba că vezi altceva, ci că vezi într-o manieră diferită. Este ca și cum actul spațial al vederii ar fi transformat prin intrarea într-o dimensiune nouă.

— Carl Jung

Una este să procesezi amintirile unei traume, și cu totul altceva să te confrunți cu vidul interior, cu acele găuri din suflet create de faptul că nu ai fost dorit, văzut sau lăsat să spui adevărul. Dacă fețele părinților tăi nu s-au luminat niciodată atunci când te vedeau, este foarte greu să știi ce înseamnă să fii iubit și prețuit. Dacă lumea copilăriei tale a fost imposibil de înțeles, plină de secrete și de temeri, este aproape imposibil să îți găsești cuvintele pentru a exprima prin ce ai trecut. Dacă ai crescut nefiind dorit și dacă ai fost ignorat, este o mare provocare să îți dezvolți un simț visceral al asumării și al prețuirii de sine.

Cercetările pe care le-am făcut împreună cu Judy Herman și Chris Perry (vezi capitolul 9) au arătat că oamenii care s-au simțit nedoriți în copilărie și cei care nu își aduc aminte să se fi simțit vreodată în siguranță alături de altcineva nu beneficiază în prea mare măsură de psihoterapia convențională, cel mai probabil pentru că nu își pot reactiva vechile sentimente de a fi îngrijiți și prețuiți.

Am putut constata aceste lucruri chiar și la câțiva dintre cei mai angajați și mai articulați pacienți ai mei. Deși au lucrat din greu la terapie și s-au bucurat de realizări personale și profesionale, ei nu au putut șterge complet amprentele devastatoare ale unei mame prea deprimate pentru a-i băga în seamă și ale unui tată care i-a tratat tot timpul de parcă și-ar fi dorit să nu se fi născut niciodată. Prin urmare, mi-a devenit clar că viața lor nu se va schimba fundamental decât dacă acești pacienți ar reuși să își recreeze aceste hărți implicite. Dar cum puteam să îi ajut în această direcție? Cum îi putem ajuta pe oameni să se familiarizeze într-o manieră viscerală cu sentimentele care le-au lipsit în primii ani de viață?

Mi s-a părut că descopăr un posibil răspuns atunci când am participat la conferința de înființare a Asociației pentru Psihoterapie Corporală din Statele Unite, în iunie 1994, la un mic colegiu din Beverley, pe coasta muntoasă a statului Massachusetts. Ironia a făcut să mi se ceară să reprezint psihiatria oficială la această conferință și să vorbesc despre folosirea scanărilor cerebrale pentru a vizualiza stările mentale. De îndată ce am intrat însă în sala în care participanții erau adunați pentru a-și bea cafeaua de dimineață, mi-am dat seama că acești oameni erau foarte diferiți de cei care participau la întrunirile mele obișnuite de psihofarmacologie și de psihoterapie. Felul în care discutau unii cu alții, posturile și gesturile lor, emanau vitalitate și angajament – acel gen de reciprocitate fizică ce reprezintă esența punerii la unison.

La un moment dat am avut o conversație care m-a impresionat, cu Albert Pesso, un fost dansator în cadrul Companiei de Dans Martha Graham, care avea acum peste 70 de ani. Dincolo de sprâncenele sale stufoase, acesta emana bunătate și încredere în sine. El mi-a spus că a descoperit o modalitate de a schimba fundamental relația oamenilor cu sinele lor somatic. Entuziasmul lui era contagios, dar am rămas sceptic și l-am întrebat dacă era absolut sigur că putea schimba setările amigdalei din creier. Fără să fie deranjat de faptul că nimeni nu i-a testat vreodată metoda din punct de vedere științific, el m-a asigurat în modul absolut că putea face acest lucru.

Pesso era pe punctul de a ține un seminar de „terapie psihomotorie PBSP", și m-a invitat să particip la ea. Am făcut-o, și trebuie să recunosc că activitatea acelui grup nu a semănat cu nimic din tot ce am văzut vreodată. Pesso s-a așezat pe un scaun mic în fața unei

femei pe nume Nancy, pe care el o numea „protagonista", în timp ce ceilalți stăteau așezați pe perne în jurul lui. El a invitat-o pe Nancy să vorbească despre lucrurile care o deranjau, folosindu-se ocazional de pauzele acesteia pentru a „fi martorul" lucrurilor pe care le observa, de gen: „Un martor poate vedea cât de devastată ai fost atunci când tatăl tău și-a abandonat familia." M-a impresionat maniera extrem de atentă în care Pesso identifica cele mai subtile schimbări ale posturii corporale, expresiei faciale, tonalității vocii și privirii – adică ale expresiilor non-verbale ale emoțiilor. (Terapia psihomotorie numește aceste schimbări subtile „micro-indicii".)

Ori de câte ori Pesso făcea o „afirmație din perspectiva martorului", fața și corpul lui Nancy se relaxau puțin, ca și cum aceasta s-ar fi simțit reconfortată de faptul că era văzută și validată. Comentariile lui discrete păreau să îi stimuleze lui Nancy curajul de a continua și de a pătrunde din ce în ce mai profund în interiorul ei. Când Nancy a început să plângă, Pesso a remarcat că nimeni nu ar trebui să suporte de unul singur atât de multă durere, și a întrebat-o dacă dorea să aleagă pe cineva care să stea lângă ea. (Pesso numea această persoană „persoana de contact".) Nancy a dat din cap în sens afirmativ și după ce a scanat cu atenție sala, a arătat către o femeie de vârstă mijlocie cu o înfățișare foarte amabilă. Pesso a întrebat-o apoi pe Nancy unde dorea să se așeze persoana ei de contact. „Chiar aici", i-a răspuns Nancy ferm, arătând o pernă goală situată chiar lângă ea.

Eram absolut fascinat. Oamenii își procesează relațiile spațiale cu ajutorul emisferei drepte, iar studiile noastre de imagistică cerebrală ne-au arătat că amprentele traumelor sunt situate la rândul lor în emisfera dreaptă (în mare parte; vezi capitolul 3). Afecțiunea, dezaprobarea și indiferența sunt exprimate în principal prin expresia facială, tonalitatea vocii și mișcările fizice. Potrivit celor mai recente studii, până la 90% din comunicarea umană se produce în sfera non-verbală a emisferei drepte. Aceasta era inclusiv ținta activității lui Pesso. Pe măsură ce seminarul a continuat, m-a izbit de asemenea maniera în care prezența persoanei de contact a părut să o ajute pe Nancy să tolereze mai ușor experiențele dureroase pe care le relata.

Dar cel mai neobișnuit lucru a fost maniera în care crea Pesso tablouri – sau „structuri", după cum le numea el – ale trecutului protagonistului. Pe măsură ce poveștile de viață au început să se adune, participanților li s-a cerut să joace rolul unor oameni semnificativi

din viața protagoniștilor, cum ar fi părinții sau alți membri de familie, astfel încât lumea interioară a acestora să capete formă în cea tridimensională. De asemenea, alți membri ai grupului au fost puși să joace rolul unor părinți ideali, care să le asigure protagoniștilor tot sprijinul, iubirea și protecția care le-au lipsit în momentele critice din copilăria lor. Protagoniștii au devenit regizorii propriilor lor piese, creându-și singuri trecutul pe care nu l-au avut niciodată. Toți au experimentat o ușurare fizică și psihică profundă după crearea acestor scenarii imaginare. Putea crea oare această tehnică amprentele siguranței și confortului alături de cele ale terorii și abandonării, la câteva decenii de la prima setare a creierului și a minții?

Intrigat de promisiunea metodei lui Pesso, am acceptat cu entuziasm invitația lui de a-l vizita la ferma sa din sudul statului New Hampshire. După prânzul servit sub un stejar bătrân, Al m-a invitat să merg cu el în hambarul lui din șindrilă roșie, transformat între timp într-un studio, pentru a face împreună o structură. Am făcut psihanaliză ani la rând, așa că nu m-am așteptat la cine știe ce revelație majoră. La acea vreme eram un profesionist de 40 și ceva de ani, cu propria mea familie, așa că mă gândeam la părinții mei ca la doi oameni în vârstă care încercau să ducă o viață decentă la bătrânețe. În niciun caz nu credeam că aceștia mai pot avea o influență majoră asupra mea.

Dat fiind că nu mai erau alți oameni pe care să îi implicăm în diferite roluri, Al a început prin a-mi cere să aleg un obiect sau o piesă de mobilier care să îl reprezinte pe tatăl meu. Am ales o canapea uriașă din piele neagră și i-am cerut lui Al să o așeze la 2,5 metri în fața mea, puțin către stânga. Al m-a întrebat dacă doream să o aduc și pe mama în încăpere, așa că am ales o lampă grea, cu aproximativ înălțimea canapelei. Pe măsură ce ședința a continuat, am populat întregul spațiu cu oamenii importanți din viața mea: cel mai bun prieten al meu – o cutie cu șervețele aflată la dreapta mea; soția mea – o pernă micuță lângă aceasta; cei doi copii ai mei – alte perne micuțe.

După o vreme, am interpretat proiecția peisajului meu interior: două obiecte uriașe, închise la culoare și amenințătoare care îi reprezentau pe cei doi părinți ai mei și câteva obiecte minuscule care îi simbolizau pe soția, copiii și prietenii mei. Eram șocat: mi-am recreat practic imaginea interioară pe care am avut-o asupra părinților mei calviniști și rigizi când eram copil. Îmi simțeam pieptul comprimat, și sunt convins că aveam și vocea sugrumată. Nu puteam nega ceea

ce îmi revela creierul meu spațial: structura creată m-a ajutat să îmi vizualizez harta implicită asupra lumii.

Când i-am spus lui Al ce am descoperit, el a dat din cap și m-a întrebat dacă îi permit să îmi schimbe perspectiva. Am simțit din nou același scepticism de la început, dar îl simpatizam pe Al și eram curios în privința metodei sale, așa că am fost de acord, ezitând. El s-a așezat imediat între mine, canapea și lampă, făcându-le să dispară din câmpul meu vizual. Am simțit instantaneu o relaxare profundă la nivelul corpului: presiunea din zona pieptului s-a atenuat, iar respirația mi s-a liniștit. Acesta a fost momentul în care m-am decis să devin elevul lui Pesso.

RESTRUCTURAREA HĂRȚILOR INTERNE

Proiectarea lumii interioare asupra spațiului tridimensional al unei structuri te ajută să vizualizezi ce se întâmplă în teatrul minții tale și îți oferă o perspectivă mult mai clară asupra reacțiilor tale în fața altor oameni și a evenimentelor din trecut. Atunci când creezi substitute pentru oamenii importanți din viața ta, este posibil să rămâi surprins de amintirile, gândurile și emoțiile neașteptate care te asaltează. Poți experimenta apoi prin mutarea obiectelor alese pe tabla de șah pe care ți-ai creat-o, văzând ce efect au acestea asupra ta.

Deși structurile implică și dialogul, terapia psihomotorie nu explică și nu interpretează trecutul, ci doar îți permite să simți ce ai simțit atunci, să vizualizezi ce ai văzut în acel moment și să spui ceea ce nu ai putut spune atunci când s-au întâmplat evenimentele propriu-zise. Este ca și cum ai retrăi filmul vieții tale și ai rescrie scenariul pentru scenele cruciale. Tu le poți da jucătorilor indicații regizorale pentru a face ceea ce nu au făcut în trecut, cum ar fi împiedicarea tatălui tău să o bată pe mama ta. Aceste tablouri din cadrul filmului general îți pot stimula emoții foarte puternice. Spre exemplu, dacă ți-ai plasat „mama reală" într-un colț, tremurând terorizată, este posibil să simți nevoia de a o proteja cu orice preț, realizând cât de neputincios te-ai simțit când erai copil. Dacă îți creezi însă o mamă ideală, care îi ține piept tatălui tău și știe cum să evite capcana unei relații abuzive, este posibil să experimentezi o senzație viscerală de ușurare și o despovărare de vechea vinovăție și neajutorare. Alternativ, te poți confrunta cu un frate care te-a brutalizat când erai

copil, creându-ţi apoi un frate ideal care te protejează şi devine eroul tău pozitiv.

Sarcina regizorului/terapeutului şi a celorlalţi membri ai grupului este de a-i asigura protagonistului susţinerea de care are nevoie pentru a începe să exploreze zonele din psihicul său de care se teme. Siguranţa grupului îi permite acestuia să observe lucruri ascunse până atunci de el, de regulă cele de care îi este cel mai mult ruşine. Atunci când nu mai trebuie să te ascunzi, structura îţi permite să îţi proiectezi ruşinea acolo unde îi este locul: asupra personajelor din faţa ta care îi reprezintă pe cei care te-au rănit şi care te-au făcut să te simţi neajutorat când erai copil.

Sentimentul de siguranţă te ajută să îi spui tatălui tău (respectiv, înlocuitorului său) ceea ce ţi-ai fi dorit să îi spui la vârsta de cinci ani. La fel, îi poţi spune înlocuitoarei mamei tale deprimate şi speriate cât de groaznic te-ai simţit pentru că nu a ştiut să aibă grijă de ea. Poţi experimenta cu distanţele şi cu apropierea, explorând ce se întâmplă dacă îi muţi pe înlocuitori în jurul tău. Fiind un participant activ, tu te poţi integra în scena evocată într-o manieră imposibilă atunci când te limitezi să relatezi povestea. Peste toate, tu poţi prelua controlul atunci când îţi reprezinţi realitatea experienţei tale, eşti însoţit de martorul tău, iar schimbările produse se reflectă în postura, expresia facială şi tonalitatea vocii tale.

Experienţa m-a învăţat că reexperimentarea fizică a trecutului în momentul prezent şi remodelarea lui într-o formă sigură şi prietenoasă este suficient de puternică pentru a crea amintiri noi: experienţe simulate ale creşterii într-un mediu prietenos şi plin de iubire, în care te simţi protejat de rău. Structurile nu şterg amintirile reale şi nici măcar nu le neutralizează, aşa cum face EMDR. În schimb, ele oferă opţiuni noi şi amintiri alternative care îţi împlinesc nevoile de bază şi dorinţa de iubire şi de protecţie.

REVIZITAREA TRECUTULUI

Îngăduie-mi să îţi dau un exemplu de la un seminar pe care l-am organizat nu demult la Institutul Esalen din Big Sur, California.

Maria era o filipineză suplă şi atletică de 40 şi ceva de ani. Ea a fost extrem de plăcută şi de sociabilă în primele două zile ale seminarului, dedicate explorării impactului pe termen lung al traumei şi

predării unor tehnici de autoreglare. Acum, așezată pe perna ei la circa doi metri de mine, ea părea însă speriată și complet prăbușită psihic. M-am întrebat imediat dacă nu s-a oferit ca voluntară doar pentru a-i face pe plac prietenei sale, care a însoțit-o la seminar.

Am început să o încurajez să observe ce se petrecea în interiorul ei și să ne împărtășească orice îi trecea prin minte. După o lungă tăcere, ea ne-a spus: „Nu pot simți absolut nimic în corpul meu, iar mintea îmi este complet goală." Observându-i tensiunea interioară, am spus: „Un martor poate vedea cât de îngrijorată ești de faptul că mintea ta este complet goală și că nu simți absolut nimic, deși te-ai oferit voluntară să faci o structură. Corect?" „Da!", a răspuns ea, părând ușurată.

„Personajul martorului" intră în structură chiar de la început și își asumă rolul unui observator necritic care acceptă tot ce observă, reflectând starea emoțională a protagonistului și remarcând contextul în care starea acestuia se schimbă (de pildă, atunci când am menționat faptul că Maria „s-a oferit voluntară pentru a face o structură"). Validarea prin faptul că ești auzit și văzut reprezintă o precondiție a sentimentului de siguranță, absolut critică atunci când explorăm periculosul teritoriu al traumei și al abandonului. Un studiu bazat pe imagini neurologice a arătat că atunci când cineva aude o afirmație care îi oglindește starea interioară, amigdala sa dreaptă se activează pe moment, reflectând astfel acuratețea procesului de oglindire.

Am încurajat-o pe Maria să se focalizeze asupra respirației sale (unul din exercițiile pe care le-am practicat împreună cu grupul) și să observe ce simțea la nivelul corpului ei. După o altă tăcere de lungă durată, ea a început să vorbească foarte ezitant: „Sunt însoțită întotdeauna de frică, indiferent ce fac. Din exterior nu pare că mi-e teamă, dar în interior sunt nevoită să mă forțez pentru a face ce fac. Îmi este foarte greu să fac ceea ce fac acum." Am adăugat imediat: „Un martor poate vedea cât de inconfortabil te simți forțându-te să fii aici." Mi-a confirmat dând din cap, iar coloana ei s-a îndreptat puțin, semnalându-mi astfel că se simte înțeleasă. Apoi a continuat: „Am crescut crezând că familia mea este normală, dar am fost întotdeauna speriată de tata. Nu i-am simțit niciodată iubirea pentru mine. Nu m-a bătut la fel de tare ca pe frații mei, dar mă temeam tot timpul de el." I-am confirmat spunând că un martor poate vedea cât de speriată arată

atunci când vorbește despre tatăl ei, iar apoi am invitat-o să aleagă un membru din grup care să îl reprezinte.

Maria a-a uitat prin sală și l-a ales pe Scott, un producător video foarte blând, care era un membru activ al grupului. I-am dat lui Scott scenariul pe care trebuia să îl rostească: „Îl reprezint pe tatăl tău real, care te-a speriat când erai mică." Scott a repetat ce i-am spus. (De remarcat că acest gen de activitate nu are nimic de-a face cu improvizația, ci cu reiterarea precisă a dialogului și indicațiilor furnizate de martor și de protagonist.) Am întrebat-o apoi pe Maria unde și-ar dori să fie poziționat tatăl ei real, iar ea l-a pus pe Scott să stea la circa patru metri de ea, puțin către dreapta și privind într-o altă direcție. Am început astfel să creăm un tablou, și la fel ca de fiecare dată când am condus o structură, am rămas impresionat de precizia proiecțiilor exterioare ale emisferei drepte. Protagoniștii știu întotdeauna exact unde trebuie așezați diferiții eroi din structurile lor.

Un alt lucru care mă surprinde de fiecare dată este maniera în care înlocuitorii personajelor semnificative din trecutul protagonistului își asumă aproape imediat realitatea virtuală pe care o reprezintă: oamenii care joacă aceste roluri par să *devină* persoanele cu care s-a confruntat cândva protagonistul, nu doar pentru acesta, ci și pentru ceilalți participanți ai grupului. Am încurajat-o pe Maria să își privească îndelung tatăl real, și în timp ce aceasta se uita la el, am observat cu toții cum emoțiile sale s-au transformat dintr-o teroare profundă într-o stare la fel de profundă de compasiune. Maria a reflectat cu ochii în lacrimi la dificultățile din viața lui. Ne-a povestit că în copilărie a văzut oameni decapitați în timpul celui de-al Doilea Război Mondial și că a fost forțat să mănânce pește putrezit și infestat cu viermi. Structurile promovează una din condițiile esențiale pentru o schimbare terapeutică profundă: o stare similară transei în care mai multe realități pot coexista: trecutul și prezentul, conștientizarea faptului că ești adult, dar și emoțiile pe care le-ai experimentat în copilărie, exprimarea furiei și terorii față de cineva care îți reamintește de abuzatorul tău, dublată de conștientizarea faptului că de fapt vorbești cu Scott, care nu seamănă absolut deloc cu tatăl tău real, și experimentarea simultană a unor emoții complexe precum loialitatea, gingășia, furia și dorul pe care aproape toți copiii le simt față de părinții lor.

Când Maria a început să vorbească despre relația cu familia ei atunci când era mică, eu am continuat să îi oglindesc expresiile. Tatăl

ei a brutalizat-o pe mama sa, ne-a spus. Era întotdeauna excesiv de critic față de dieta ei, de corpul ei, de maniera în care ținea gospodăria casei, iar Maria era întotdeauna speriată atunci când tatăl ei îi critica mama. Ea a descris-o pe mama sa ca fiind plină de iubire și de căldură sufletească. Ne-a spus că nu ar fi putut supraviețui fără ea. O mângâia întotdeauna pe Maria după ce tatăl ei se răstea la ea, dar nu a făcut niciodată nimic pentru a-și proteja copiii de furia acestuia. „Cred că mama era ea însăși foarte speriată de el. Bănuiala mea este că nu ne-a protejat pentru că se simțea ea însăși captivă."

În acest moment, i-am sugerat Mariei să numească o înlocuitoare pentru mama ei reală. Maria a scanat grupul și a zâmbit cu toată gura în timp ce o chema pe Kristin, o artistă blondă care amintea de o scandinavă, să joace rolul mamei sale. Kristin a acceptat, rostind cuvintele formale ale structurii: „O reprezint pe mama ta reală, care a fost plină de iubire și fără de care nu ai fi putut supraviețui, dar care nu a reușit să te protejeze de tatăl tău abuziv." Maria a pus-o să stea pe o pernă în partea ei dreaptă, mult mai aproape decât pe tatăl ei real.

Am încurajat-o pe Maria să o privească îndelung pe Kristin și apoi am întrebat-o:

– Ce se întâmplă când te uiți la ea?

Maria mi-a răspuns furioasă:

– Nimic.

– Un martor observă cât de rigidă ești atunci când te uiți la mama ta reală și cât de furioasă spui că nu simți nimic.

După o lungă tăcere, am întrebat-o din nou:

– Ce se întâmplă acum?

Maria a părut și mai deznădăjduită și a repetat:

– Nimic.

Am întrebat-o:

– Există ceva ce ai dori să îi spui mamei tale?

Într-un târziu, Maria a spus:

– Știu că ai făcut tot ce ai putut, după care a adăugat: Mi-aș fi dorit totuși să mă fi protejat.

Apoi a început să plângă ușor. Am întrebat-o:

– Ce se întâmplă în interiorul tău?

– Simt că îmi bate foarte tare inima. Sunt foarte tristă când mă gândesc la mama, cât de incapabilă a fost să îi țină piept tatei și să ne protejeze. Pur și simplu se închidea în sine, pretinzând că totul este

în regulă, și în mintea ei probabil că era. Acest lucru mă înfurie foarte tare. Mi-aș dori să îi spun: „Mamă, când văd cum reacționezi față de tata atunci când este rău cu noi... când îți văd fața, pari dezgustată, și nu înțeleg de ce nu îi spui: ‚Pleacă de aici'. Nu știi cum să te lupți – tata face ce vrea cu tine – această parte a ta nu este vie, și nici benefică. Nici măcar nu știu ce ar trebui să îi spui. Pur și simplu îmi doresc să fii altfel. Nimic din ceea ce faci nu este normal, de pildă faptul că accepți că totul este în regulă, când de fapt nu este."

– Un martor vede cât de îndârjită ești atunci când îți dorești ca mama ta să îi fi ținut piept tatălui tău.

În continuare, Maria ne-a spus cât de mult și-ar fi dorit ca mama ei să își ia copiii și să îl părăsească pe tatăl ei, care îi îngrozea pe toți.

În continuare, i-am sugerat să numească o altă membră a grupului care să o reprezinte pe mama ei ideală. Maria s-a uitat prin sală și a ales-o pe Ellen, o terapeută ce practica artele marțiale. Maria a plasat-o pe o pernă în partea ei dreaptă, între mama ei reală și ea însăși, și i-a cerut lui Ellen să își pună un braț în jurul ei.

– Ce ai dori ca mama ta ideală să îi spună tatălui tău? am întrebat-o.

– Doresc să îi spună: „Dacă mai vorbești vreodată pe tonul acesta, te voi părăsi și voi lua copiii cu mine. Nu avem de gând să mai stăm aici și să îți ascultăm mizeriile!"

Ellen a repetat cuvintele Mariei.

– Ce se întâmplă acum? am întrebat-o.

– Îmi place, mi-a răspuns ea. Simt o mică presiune în interiorul capului. Respir mult mai ușor. În corpul meu se produce un dans energetic subtil. Super!

– Un martor poate vedea cât de încântată ești atunci când îți auzi mama spunând că nu mai este dispusă să suporte mizeriile tatălui tău și că este dispusă să te ducă departe de el.

Maria a reînceput să plângă și a spus:

– Aș fi putut fi o fetiță atât de fericită, dacă m-aș fi simțit în siguranță!

Am văzut cu coada ochilor mulți membri ai grupului lăcrimând. În mod evident, dorința Mariei de a se fi simțit în siguranță și fericită în copilărie rezona cu propriile lor dorințe.

După o vreme, am sugerat că era momentul să îl invocăm și pe tatăl ideal al Mariei. Am putut citi cu ușurință încântarea din privirea

acesteia, în timp ce scana grupul, imaginându-şi tatăl ideal. În cele din urmă l-a ales pe Danny. I-am dat acestuia scenariul, iar el i-a spus cu blândeţe:

– Îl reprezint pe tatăl tău ideal, care te-ar fi iubit şi ar fi avut grijă de tine, şi de care nu ţi-ar fi fost vreodată frică.

Maria l-a instruit să stea lângă ea, în partea stângă, în timp ce faţa îi strălucea.

– Am doi părinţi ideali! a exclamat ea.

– Îngăduie-ţi să simţi bucuria în timp ce îţi priveşti tatăl ideal, care ar fi avut grijă de tine, i-am spus.

Maria a spus imediat, cu ochii în lacrimi:

– Este minunat!

L-a luat în braţe pe Danny, zâmbindu-i printre lacrimi, şi a adăugat:

– Îmi amintesc de un moment extrem de plăcut petrecut cu tata, şi exact asta simt acum. Mi-ar plăcea să o am şi pe mama aici, lângă mine.

Amândoi părinţii ei ideali au reacţionat la dorinţa ei şi au îmbrăţişat-o. I-am lăsat îmbrăţişaţi o vreme, astfel încât Maria să aibă timp să îşi integreze plenar în interior experienţa.

Am încheiat punându-l pe Danny să spună:

– Dacă aş fi fost tatăl tău ideal când erai mică, te-aş fi iubit exact aşa, şi nu aş fi fost niciodată crud cu tine.

Am pus-o şi pe Ellen să spună:

– Dacă aş fi fost mama ta ideală, ţi-aş fi fost întotdeauna alături şi te-aş fi protejat de orice durere.

În final, toate personajele şi-au rostit afirmaţiile finale, renunţând la rolurile jucate şi redevenind formal ele însele.

REMODELAREA SCENARIULUI VIEŢII TALE

Nimeni nu creşte vreodată în circumstanţe absolut ideale (noi nici măcar nu ştim în ce ar putea consta aceste circumstanţe). După cum mi-a spus cândva regretatul meu prieten, David Servan-Schreiber: „Orice viaţă este dificilă în felul ei." Ceea ce ştim însă este faptul că pentru a deveni adulţi capabili şi plini de încredere în sine, ne-ar ajuta enorm dacă am fi crescuţi de părinţi stabili şi previzibili, care să se bucure când ne văd, de descoperirile şi explorările noastre,

care să ne ajute să ne organizăm viaţa şi care să ne servească drept modele în viaţă, în ceea ce priveşte iubirea de sine şi buna înţelegere cu ceilalţi oameni.

Orice defecte în aceste domenii se manifestă mai târziu în viaţa noastră. Un copil care a fost ignorat sau umilit cronic devine de regulă un adult lipsit de respect de sine. Copiii cărora nu li s-a permis să se afirme în copilărie tind să devină adulţi incapabili să îşi spună opinia, iar cei brutalizaţi în copilărie cresc cu o furie colosală, pe care nu o pot controla decât cu preţul unui mare consum de energie.

Relaţiile noastre au şi ele de suferit. Cu cât am experimentat mai multă durere şi mai multe privaţiuni în copilărie, cu atât mai predispuşi suntem să interpretăm acţiunile celorlalţi oameni ca fiind orientate împotriva noastră şi cu atât mai puţin înţelegători suntem faţă de conflictele, nesiguranţa şi grijile lor. Dacă nu le putem aprecia complexitatea vieţii, tot ce fac ei ni se pare o confirmare a faptului că ne vor răni şi dezamăgi.

În capitolele referitoare la biologia traumei am arătat că trauma şi abandonarea îi deconectează pe oameni de corpul lor ca sursă de plăcere şi de confort, sau chiar ca parte componentă care are nevoie de îngrijire şi de afecţiune. Atunci când nu ne putem baza pe corpul nostru pentru a ne semnala siguranţa sau pericolul, simţindu-ne copleşiţi cronic de senzaţiile fizice, noi ne pierdem capacitatea de a ne simţi acasă în propria noastră piele şi prin extensie, în această lume. Atât timp cât harta lumii este bazată pe trauma, abuz şi neglijare, oamenii sunt predispuşi să caute scurtături pentru a uita de sine. Anticipând respingerea, ridiculizarea şi privaţiunile, ei sunt reticenţi în a încerca opţiuni noi, fiind absolut siguri că acestea îi vor conduce la eşec. Această lipsă a experimentării îi menţine într-o matrice a fricii, izolării şi sărăciei, fiind incapabili să se deschidă în faţa experienţelor care le-ar putea schimba perspectiva de bază asupra lumii exterioare.

Acesta este unul din motivele pentru care experienţele puternic structurate ale terapiei psihomotorii sunt atât de valoroase. Participanţii îşi pot proiecta în siguranţă realitatea interioară într-un spaţiu populat cu oameni reali, în care pot explora liniştiţi cacofonia şi confuzia din trecutul lor. Acest proces îi conduce la momente concrete de revelaţie: „Da, chiar aşa s-au petrecut lucrurile. Cu asta a trebuit să mă confrunt. Asta aş fi simţit atunci dacă aş fi fost mângâiat şi alinat." Dobândirea experienţei senzoriale a sentimentului că

au fost prețuiți și protejați la vârsta de trei ani în starea de transă specifică structurii (terapeutice) le permite oamenilor să își rescrie scenariul experienței interioare, de gen: „Pot interacționa spontan cu alți oameni, fără a mă teme că mă vor respinge sau că mă vor răni."

Structurile descătușează puterea extraordinară a imaginației de a transforma poveștile interioare care ne definesc funcționarea în lumea exterioară. Cu suportul necesar, secretele pe care le considerăm cândva prea periculoase pentru a le revela pot fi dezvăluite nu doar unui terapeut sau unui părinte confesor, ci și oamenilor care ne-au rănit și ne-au trădat efectiv – în imaginația noastră.

Natura tridimensională a structurii transformă lumea ascunsă, interzisă și temută într-o realitate vizibilă concretă. Din acest punct de vedere, ea este într-o măsură similară cu IFS, pe care am explorat-o în capitolul precedent. IFS invocă părțile divizate ale psihicului create pentru a putea supraviețui și îți permite să le identifici și să vorbești cu ele, astfel încât Sinele tău intact să poată ieși la suprafață. La antipod, o structură (terapeutică) creează o imagine tridimensională a lucrurilor și persoanelor cu care te-ai confruntat, oferindu-ți șansa de a-ți crea un rezultat diferit.

Marea majoritate a oamenilor ezită să se confrunte cu durerea și cu dezamăgirea din trecut, care li s-au părut intolerabile la vremea respectivă. Dacă sunt însă reflectați în oglindă de un martor, în fața lor capătă formă o realitate nouă. Oglindirea corectă este percepută complet diferit de ignorare, criticism și minimalizare. Ea îți acordă permisiunea de a simți ceea ce simți și de a ști ceea ce știi, permisiune care reprezintă unul din fundamentele esențiale ale procesului de recuperare.

Trauma îi face pe oameni să devină blocați în interpretarea prezentului în lumina unui trecut care nu mai poate fi schimbat. Nu contează prea mult dacă scena pe care o recreezi în cadrul unei structuri reflectă cu precizie ceea ce s-a întâmplat cândva. Cert este că ea reprezintă structura lumii tale interioare: harta ta internă și regulile ascunse după care ai trăit până acum.

ÎNDRĂZNEALA DE A SPUNE ADEVĂRUL

Recent, am condus o altă structură de grup cu un tânăr de 26 de ani pe nume Mark, care la vârsta de 13 ani și-a auzit tatăl făcând

sex la telefon cu mătușa sa, sora mamei sale. Mark s-a simțit extrem de confuz atunci, stânjenit, rănit, trădat și paralizat de ceea ce aflase. Când a încercat să vorbească cu tatăl său despre ce s-a întâmplat, acesta i-a răspuns furios și a negat totul. I-a spus că avea o imaginație murdară și l-a acuzat că încearcă să destrame familia. Mark nu a îndrăznit niciodată să îi spună mamei sale ce a aflat, dar începând din acel moment secretele și ipocrizia din familia sa i-au contaminat toate aspectele vieții de acasă și i-au transmis convingerea că nu poate avea încredere în nimeni. După școală, și-a petrecut adolescența izolat, bântuind pe lângă terenurile de baschet din cartier sau în camera sa, uitându-se la televizor. Nu mult după ce a împlinit 21 de ani mama sa a murit (de inimă rănită, susține Mark), iar tatăl său s-a căsătorit cu mătușa sa. Mark nu a fost invitat nici la înmormântare, nici la nuntă.

Astfel de secrete de familie devin toxine interioare, realități pe care nu îți este permis să ți le mărturisești nici măcar ție însuți, ca să nu mai vorbim de ceilalți, dar care totuși ajung să îți modeleze viața. Nu îi cunoșteam această poveste atunci când Mark s-a alăturat grupului nostru, dar l-am remarcat imediat, datorită distanței sale emoționale față de toți ceilalți. Când am discutat cu el, mi-a mărturisit că se simțea separat de toți ceilalți oameni printr-un fel de ceață foarte densă. Eram chiar îngrijorat de ceea ce ar putea să ne reveleze atunci când aveam să putem pătrunde dincolo de masca lui înghețată și lipsită de orice expresie.

Când l-am invitat pe Mark să ne vorbească despre familia sa, ne-a spus doar câteva cuvinte, după care s-a închis și mai mult în el. Prin urmare, l-am încurajat să își aleagă „un personaj de contact" care să îl susțină. A ales un membru cu părul alb al grupului, pe nume Richard, și l-a plasat pe o pernă de lângă el, suficient de aproape cât să îi atingă umărul. Când a început să își spună povestea, Mark l-a ales pe Joe (un alt membru al grupului) pentru a-l reprezenta pe tatăl său real și l-a plasat la trei metri în față, după care a ales-o pe Carolyn pentru a o reprezenta pe mama sa reală și a pus-o să se ghemuiască într-un colț, cu fața ascunsă. În continuare, Mark i-a cerut Amandei să joace rolul mătușii sale. El i-a spus să stea în picioare lângă unul din pereții laterali, cu brațele încrucișate pe piept – cu o expresie a tuturor femeilor calculate, nemiloase și perverse care îi vânează pe bărbați.

Contemplând tabloul pe care l-a creat, Mark s-a ridicat în picioare, cu ochii larg deschiși. În mod evident, ceața densă dintre el și ceilalți oameni s-a ridicat. Am spus:

– Un martor poate vedea cât de șocat ești văzând cu ochii larg deschiși tot ce a trebuit să induri.

Mark a confirmat dând din cap și a rămas tăcut și posomorât o vreme. Apoi s-a uitat la „tatăl" său și a izbucnit:

– Nesimțitule, ipocritule, mi-ai distrus viața!

L-am invitat pe Mark să îi spună „tatălui" său tot ce și-ar fi dorit să îi spună în adolescență, dar nu a îndrăznit. A urmat o listă lungă de acuzații. L-am direcționat pe „tată" să reacționeze fizic ca și cum ar fi fost lovit cu pumnii, astfel încât Mark să poată vedea că acuzațiile sale l-au lovit în plin. Deloc surprinzător pentru mine, Mark ne-a declarat spontan că s-a temut întotdeauna că furia sa va scăpa de sub control și că această teamă l-a împiedicat să spună ce gândea la școală, la serviciu și în celelalte relații ale sale.

După ce Mark și-a confruntat „tatăl", l-am întrebat dacă era de acord ca Richard să își asume un alt rol: acela al tatălui său ideal. L-am instruit pe Richard să îl privească pe Mark în ochi și să îi spună:

– Dacă aș fi fost tatăl tău ideal, te-aș fi ascultat atunci și nu te-aș fi acuzat că ai o imaginație murdară.

Când Richard a repetat cuvintele mele, Mark a început să tremure.

– O, Doamne, viața mea ar fi putut fi atât de diferită dacă aș fi putut avea încredere în propriul meu tată și dacă acesta ar fi discutat cu mine despre ceea ce se întâmpla. Aș fi putut *avea* un tată.

I-am șoptit lui Richard să spună:

– Dacă aș fi fost tatăl tău ideal atunci, aș fi fost deschis în fața furiei tale, iar tu ai fi avut un tată în care puteai avea încredere.

Mark s-a relaxat vizibil și a declarat că acest lucru ar fi contat enorm pentru el. În continuare, el s-a adresat substitutului mătușii sale. Întregul grup a rămas șocat când Mark s-a dezlănțuit asupra acesteia, insultând-o cu cele mai dure cuvinte:

– Curvă nenorocită, trădătoare de neam! Ți-ai trădat sora și i-ai distrus viața. Ne-ai nenorocit familia!

După ce a terminat, Mark a început să plângă. Ne-a spus apoi că a fost întotdeauna extrem de suspicios în privința oricărei femei care și-a arătat vreodată interesul față de el. Restul structurii a durat

încă o jumătate de oră, timp în care i-am creat încetul cu încetul condițiile pentru a vizualiza alte două femei: mătușa sa ideală, care nu și-a trădat sora, ci a ajutat-o să își susțină familia destul de izolată (erau imigranți), și mama ideală, care a reușit să mențină interesul viu al soțului ei, fără să moară de inimă rea. Mark a încheiat structura contemplând senin scena pe care și-a creat-o, cu un zâmbet mulțumit pe față.

În restul seminarului, Mark s-a dovedit un membru deschis și prețios al grupului, iar trei luni mai târziu mi-a trimis un e-mail în care mi-a spus că experiența i-a schimbat literalmente viața. S-a mutat recent cu prima lui iubită, și deși au avut niște discuții destul de aprinse legate de acest aranjament, a reușit să îi accepte punctul de vedere fără a se închide în sine (mecanismul său de autoapărare de până la seminar), fără a face o criză de furie, fără a se umple de teamă și fără a considera că iubita sa încearcă să profite de el. A rămas uimit să constate că își putea păstra calmul chiar dacă avea un dezacord cu ea, și mai ales că putea să spună ce gândește. Mi-a cerut apoi numele unui psihoterapeut din comunitatea sa, care să îl ajute să facă față uriașei schimbări din viața sa. Din fericire, cunoșteam un coleg din apropierea lui, așa că i-am făcut legătura cu acesta.

ANTIDOTURI PENTRU AMINTIRILE DUREROASE

Asemeni cursurilor de autoapărare despre care am vorbit în capitolul 13, structurile din terapia psihomotorie conțin și ele posibilitatea creării de amintiri virtuale care coexistă cu realitățile dureroase ale trecutului, furnizând experiența senzorială de a fi văzut, legănat și susținut, care servește apoi ca antidot pentru amintirile rănii sufletești și trădării. Pentru a se putea schimba, oamenii trebuie să se familiarizeze la nivel visceral cu realitățile care le contrazic direct sentimentele statice ale sinelui încremenit sau intrat în panică, generate de traumă, înlocuindu-le apoi cu senzații ancorate în siguranță, autocontrol, bucurie și conexiune. Așa cum am văzut în capitolul în care am vorbit despre EMDR, una din funcțiile viselor este de a crea asocieri în care evenimentele frustrante ale zilei care tocmai s-a încheiat se intercalează cu restul vieții persoanei. Spre deosebire de visele noastre, structurile psihomotorii sunt supuse legilor fizicii, dar pot remodela totuși trecutul.

De bună seamă, noi nu mai putem schimba vreodată ceea ce ni s-a întâmplat în trecut, dar ne putem crea totuşi scenarii emoţionale extrem de intense şi suficient de reale pentru a le contracara pe cele anterioare, făcându-le să devină difuze. Tablourile vindecătoare ale structurilor oferă o experienţă pe care foarte mulţi participanţi nu au crezut niciodată că ar putea-o trăi vreodată: aceea de a fi acceptaţi într-o lume în care oamenii se bucură atunci când îi văd, îi protejează, le satisfac nevoile, şi în care ajung să se simtă în sfârşit acasă.

CAPITOLUL 19

RESETAREA CREIERULUI: NEUROFEEDBACKUL

Este oare real – sau doar am visat – că odată cu electricitatea, lumea materiei a devenit un mare nerv, care vibrează la mii de mile într-o singură clipă?

— **Nathaniel Hawthorne**

Facultatea refocalizării voluntare a atenției rătăcite, din nou și din nou, reprezintă însuși fundamentul judecății, caracterului și voinței.

— **William James**

În vara de după primul an petrecut la facultatea de medicină, am lucrat cu normă parțială ca asistent de cercetare la laboratorul pentru studierea somnului Ernest Hartmann din cadrul Spitalului de Stat din Boston. Sarcina mea era să îi pregătesc și să îi monitorizez pe participanții la studiu, și să le analizez electroencefalograma (EEG), respectiv diagrama undelor cerebrale. Subiecții veneau la laborator seara, iar eu îi conectam la tot felul de electrozi prinși de scalp, dar și în jurul ochilor, pentru a le detecta mișcările oculare rapide care se produc în timpul viselor. Îi conduceam apoi la dormitoarele lor, le uram noapte bună și porneam poligraful, un aparat masiv cu 32 de penițe, care înregistra activitatea creierului lor pe o rolă de hârtie care se derula incontinuu.

Deși subiecții noștri adormeau rapid, neuronii din creierul lor continuau să comunice intern cu aceeași frenezie ca și în starea de veghe, fapt transmis de poligraf de-a lungul întregii nopți. Eu

examinam EEG-urile din noaptea precedentă, oprindu-mă din când în când pentru a asculta scorurile la baseball la radioul meu portabil, şi foloseam interfonul pentru a-i trezi pe participanţi ori de câte ori poligraful indica un ciclu de somn REM. Îi întrebam despre ce au visat şi notam ceea ce îmi raportau ei, după care – dimineaţa – îi ajutam să completeze un chestionar referitor la calitatea somnului, iar apoi îi trimiteam acasă.

În acele nopţi liniştite petrecute la laboratorul Hartmann am învăţat foarte multe lucruri despre somnul REM, fapt care m-a ajutat să ajung la o înţelegere de bază a proceselor somnului, pavându-mi astfel calea pentru descoperirile cruciale despre care am vorbit în capitolul 15. Din păcate, până recent, speranţa noastră de lungă durată cum că EEG ne va ajuta să înţelegem mai bine în ce fel contribuie activitatea electrică a creierului la problemele psihice a rămas în mare măsură neîmplinită.

CREAREA HĂRŢII CIRCUITELOR ELECTRICE ALE CREIERULUI

Înainte de revoluţia farmacologică se ştia că activitatea creierului depinde atât de semnalele chimice cât şi de cele electrice. Predominanţa farmacologiei care a urmat a anulat aproape complet orice interes faţă de electrofiziologia creierului timp de câteva decenii la rând.

Prima înregistrare a activităţii electrice a creierului a fost făcută în anul 1924 de către psihiatrul german Hans Berger. Iniţial, această nouă tehnologie a fost întâmpinată cu scepticism, ba chiar ridiculizată de către lumea medicală, dar electroencefalografia a devenit încetul cu încetul un instrument indispensabil pentru diagnosticarea crizelor la pacienţii bolnavi de epilepsie. Berger a descoperit că diferitele tipare ale undelor cerebrale reflectă activităţi mentale diferite. (Spre exemplu, încercarea de a rezolva o problemă de matematică l-a condus la identificarea unei benzi de frecvenţe relativ rapide numite beta.) Speranţa lui Berger era că mai devreme sau mai târziu ştiinţa va deveni capabilă să coreleze diferitele probleme psihice cu neregularităţile EEG specifice. Această aşteptare a fost alimentată de primele rapoarte referitoare la tiparele EEG descoperite la „copiii cu tulburări de comportament" în anul 1938. Marea majoritate a acestor

copii hiperactivi și impulsivi aveau unde cerebrale mai lente decât cele normale în lobii prefrontali. Această descoperire a fost reprodusă de nenumărate ori de atunci, iar în anul 2013 activitatea prefrontală a undelor lente a fost certificată de Administrația pentru Alimente și Medicamente ca un biomarcator pentru ADHD. Activitatea electrică lentă a lobului prefrontal explică de ce au acești copii o funcție executivă slabă: creierului lor rațional îi lipsește controlul asupra creierului emoțional, lucru care se produce inclusiv în situația în care trauma și abuzul fac ca centrii emoționali să devină hiperalerți la pericol și gata oricând pentru „luptă sau fugă".

La începutul carierei mele am sperat și eu că EEG ne va ajuta cândva să punem diagnostice mai bune, iar între anii 1980-90 mi-am trimis numeroși pacienți să își facă EEG pentru a stabili dacă instabilitatea lor emoțională era ancorată într-o eventuală anormalitate neurologică. Marea majoritate a rapoartelor veneau înapoi cu observația: „anormalități nespecifice ale lobului temporal". Această observație nu îmi spunea mare lucru, și cum la vremea aceea singura posibilitate prin care puteam schimba aceste tipare ambigui erau medicamentele care aveau mai multe efecte secundare decât beneficii, am renunțat să îmi mai trimit pacienții să își facă EEG.

În anul 2000, prietenul meu Alexander McFarlane și asociații săi (cercetători la Adelaide, Australia) au realizat un studiu care mi-a reaprins interesul, întrucât a documentat diferențele clare în procesarea informațiilor care existau între subiecții traumatizați și un grup de australieni „normali". Cercetătorii au folosit un test standardizat numit „paradigma ciudățeniei", în care pacienților li se cere să detecteze un articol care nu se integrează într-o serie de imagini legate între ele (precum o trompetă într-un grup de mese și scaune). Niciuna din imagini nu a fost asociată cu trauma.

În grupul participanților „normali", părțile cerebrale au colaborat pentru a produce un tipar coerent al filtrării, focalizării și analizei (vezi imaginea de mai jos, din partea stângă). La antipod, undele cerebrale ale subiecților traumatizați au fost mult mai slab coordonate și nu au reușit să creeze un tipar coerent. Mai exact, ei nu au putut genera acel tipar al undelor cerebrale care îi ajută pe oameni să fie atenți la sarcina pe care o execută prin filtrarea și excluderea informațiilor irelevante (curba ascendentă, etichetată N200). În plus, configurația esențială a creierului de procesare a informațiilor (curba descendentă,

P300) a fost foarte slab definită; profunzimea undei determină cât de corect preiau și analizează oamenii datele noi. Aceste informații s-au dovedit importante, arătând felul în care procesează oamenii traumatizați informațiile netraumatice, cu implicații profunde pentru înțelegerea procesării de zi cu zi a informațiilor. Aceste tipare ale undelor cerebrale ar putea explica de ce atât de mulți oameni traumatizați au dificultăți în a învăța din experiență și în a se angrena plenar în viața lor de zi cu zi. Creierul lor nu este organizat astfel încât să fie atent la ceea ce face în momentul prezent.

Normal versus SSPT. Tiparele atenției: La câteva milisecunde după ce primește un set de informații noi, creierul începe să le dea sens. În mod normal, toate regiunile creierului colaborează în cadrul unui tipar sincronizat (stânga). La antipod, undele subiecților cu SSPT sunt mai puțin coordonate: creierul lor are dificultăți în filtrarea și excluderea informațiilor irelevante și are probleme cu explicarea stimulilor curenți.

Studiul lui Sandy McFarlane mi-a reamintit de ceea ce spunea Pierre Janet în anul 1889: „Stresul traumatic este o boală a incapacității de a trăi plenar în momentul prezent." Peste ani, când am văzut filmul *Misiuni periculoase*[24], în care erau prezentate experiențele soldaților din Irak, mi-am reamintit imediat de studiul lui Sandy: atât timp cât se aflau în condiții de stres extrem, acești oameni acționau extrem de focalizați, dar când s-au întors la viața civilă, ei se simțeau copleșiți chiar și când trebuiau să facă o alegere simplă într-un supermarket. La ora actuală există statistici alarmante referitoare la numărul veteranilor de război întorși acasă care se înscriu la colegiul militar GI Bill, dar nu reușesc să îl termine (unele estimări evaluează acest număr la aproximativ 80%). Cu certitudine, problemele bine documentate pe care le au acești oameni cu focalizarea și cu atenția contribuie la aceste rezultate academice proaste.

[24] *The Hurt Locker*, 2008 (n. tr.)

De la niște linii cu un cerc în loc de cap la niște ființe umane clar definite. După patru luni de neurofeedback, desenele familiei unui băiat de zece ani au arătat echivalentul unei dezvoltări mentale de șase ani.

Studiul lui McFarlane a clarificat mecanismul posibil care ar putea sta la baza lipsei de focalizare și de atenție în SSPT, dar a prezentat și o provocare nouă: există vreo posibilitate de a schimba aceste tipare disfuncționale ale undelor cerebrale? Abia peste șapte ani aveam să aflu că ar putea exista o astfel de posibilitate.

În anul 2007 am cunoscut-o pe Sebern Fisher, la o conferință pe tema copiilor care suferă de tulburarea de atașament. Sebern era fosta directoare clinică a unui centru de tratament rezidențial pentru adolescenți cu probleme grave de comportament, și mi-a spus că folosea neurofeedbackul în practica ei privată de circa zece ani. Ea mi-a arătat desenele realizate înainte și după tratament de un băiat în vârstă de zece ani, care făcea crize de furie, avea dificultăți de învățare și dificultăți atât de profunde legate de autoorganizare încât nu era acceptat de nicio școală.

Primul lui portret de familie (stânga), realizat înainte de începerea tratamentului, corespundea nivelului de dezvoltare al unui copil de trei ani. Peste mai puțin de cinci săptămâni, după 20 de ședințe de

neurofeedback, crizele lui de furie au scăzut în intensitate, iar desenul său a devenit mult mai complex. Peste alte zece săptămâni (respectiv 20 de ședințe), desenul său a devenit încă și mai complex, iar comportamentul lui s-a stabilizat complet.

Nu mai întâlnisem niciodată până atunci un tratament care să producă o schimbare atât de dramatică la nivelul funcționării mentale într-un timp atât de scurt. Prin urmare, atunci când Sebern s-a oferit să îmi facă o demonstrație de neurofeedback, am acceptat cu entuziasm.

VIZUALIZAREA SIMFONIEI CREIERULUI

La cabinetul acesteia din Northampton, Massachusetts, Sebern mi-a arătat echipamentul ei pentru neurofeedback – două computere de birou și un mic amplificator – precum și câteva din datele pe care le-a acumulat. Mi-a lipit apoi câte un electrod de fiecare parte laterală a craniului, și un altul pe urechea dreaptă. În scurt timp, computerul din fața mea a început să afișeze șiruri de unde cerebrale similare celor pe care le-am văzut pe poligraful din laboratorul pentru studierea somnului cu trei decenii înainte. Micuțul laptop al lui Sebern putea detecta, înregistra și afișa simfonia electrică a creierului meu mai rapid și mai precis decât echipamentul de milioane de dolari din laboratorul Hartmann.

Din câte mi-a explicat Sebern, feedbackul îi prezintă creierului o oglindă a funcției sale: oscilațiile și ritmurile care stau la baza curenților direcți și încrucișați ai minții. Neurofeedbackul determină creierul să producă mai multe frecvențe de un anumit tip și mai puține din altele, creându-și astfel noi tipare care îi sporesc complexitatea naturală și inclinația sa către autoreglare. „Este posibil ca ceea ce facem noi să fie o eliberare a proprietăților oscilatorii înnăscute, dar blocate, ale creierului, permițând dezvoltarea altor proprietăți", mi-a explicat Sebern.

Sebern a modificat anumite setări ale calculatorului, „ca să regleze frecvențele recompensei și inhibiției", astfel încât feedbackul să stimuleze tiparele undelor cerebrale selectate, dar să le descurajeze pe altele. Ceea ce vedeam acum era un fel de joc video care îmi prezenta trei nave spațiale de diferite culori. Computerul emitea tonalități regulate, iar navele spațiale păreau să se miște aleatoriu.

Am descoperit că atunci când clipeam din ochi acestea se opreau, iar atunci când priveam calm ecranul se deplasau în tandem, însoțite de bipuri regulate. În continuare, Sebern m-a încurajat să determin nava verde să o ia înaintea celorlalte. M-am aplecat înainte pentru a mă concentra, dar cu cât mă străduiam mai mult, cu atât mai în urmă rămânea nava verde. Sebern a zâmbit și mi-a spus că m-aș descurca mult mai bine dacă m-aș relaxa și dacă mi-aș lăsa creierul să absoarbă feedbackul generat de computer. Prin urmare, m-am lăsat pe spate, iar după o vreme tonalitățile au devenit mai stabile și nava verde a luat-o înaintea celorlalte. M-am simțit mai calm și mai focalizat, iar nava mea spațială a câștigat cursa.

Dintr-o anumită perspectivă, neurofeedbackul este similar cu privirea feței unei persoane în timpul conversației. Dacă vezi că aceasta îți zâmbește sau dă afirmativ din cap, te simți recompensat și continui să îți spui povestea sau să îți argumentezi punctul de vedere. Dacă vezi însă că partenerul tău de conversație pare plictisit sau își mută privirea de la tine, te închizi imediat în tine sau schimbi subiectul. În neurofeedback, recompensa este o tonalitate sau o mișcare pe ecran, nu un zâmbet, iar inhibiția este mult mai neutră decât o încruntare: un simplu tipar nedorit.

În continuare, Sebern mi-a prezentat o altă caracteristică a neurofeedbackului: capacitatea acestuia de a realiza circuite în diferite părți ale creierului. Ea a mutat electrozii de la tâmple la sprânceana mea stângă, și am început imediat să mă simt mai lucid și mai focalizat. Ea mi-a explicat că tocmai mi-a stimulat undele beta din cortexul prefrontal, fapt care explica luciditatea mea amplificată. Când a mutat electrozii pe creștetul capului meu, m-am simțit imediat mai detașat de imaginile de pe ecran și mai conștient de senzațiile din propriul meu corp. În continuare, Sebern mi-a arătat un grafic care a înregistrat maniera în care s-au modificat undele mele cerebrale atunci când am experimentat schimbările subtile ale stării mele mentale și ale senzațiilor mele fizice.

Cum poate fi folosit neurofeedbackul pentru tratarea traumei? Așa cum mi-a explicat Sebern: „Noi sperăm să putem interveni cu ajutorul neurofeedbackului asupra circuitelor care încurajează și susțin stările de teamă, rușine și furie. Trauma este definită prin activarea repetitivă a acestor circuite." Pacienții au nevoie de ajutor pentru a-și schimba tiparele obișnuite ale creierului create de traumă

sau imediat după aceasta. Atunci când tiparele fricii se relaxează, creierul devine mai puțin vulnerabil la reacțiile automate ale stresului și mai capabil să se focalizeze asupra evenimentelor curente. La urma urmelor, stresul nu este o proprietate inerentă a evenimentelor, ci o funcție a manierei în care le etichetăm și reacționăm noi în fața lor. Neurofeedbackul nu face decât să stabilizeze creierul, amplificându-i capacitatea de rezistență, fapt care ne permite să reacționăm în mod diferit, la alegerea noastră.

NAȘTEREA NEUROFEEDBACKULUI

Neurofeedbackul nu era o tehnologie nouă în anul 2007. Încă de la sfârșitul anilor 50, profesorul de psihologie Joe Kamiya de la Universitatea din Chicago, care studia fenomenul percepției interne, a descoperit că oamenii pot învăța cu ajutorul feedbackului când produc unde alfa, care sunt asociate cu relaxarea. (Au existat subiecți care au obținut rezultate sută la sută corecte după doar patru zile.) El a demonstrat apoi că aceștia puteau intra în mod voluntar în starea alfa la auzul unui simplu sunet.

În anul 1968, populara revistă *Psychology Today* a publicat un articol despre activitatea lui Kamiya, iar ideea că antrenarea undelor alfa poate elimina stresul și condițiile asociate cu acesta a devenit cunoscută pe scară largă. Primele studii științifice care au arătat că neurofeedbackul ar putea avea un efect asupra condițiilor patologice au fost realizate de Barry Sterman de la UCLA. Administrația Națională Aeronautică și Spațială (NASA) i-a cerut lui Sterman să studieze toxicitatea unui combustibil pentru rachete, monometilhidrazina (MMH), despre care se știa că produce halucinații, greață și convulsii. Anterior, Sterman a antrenat câteva pisici să producă o frecvență EEG specifică, numită ritmul senzorio-motor. (În cazul pisicilor, această stare alertă și focalizată este asociată cu așteptarea de a fi hrănite.) El a descoperit că în timp ce pisicile obișnuite din laborator au intrat în convulsii după expunerea la MMH, cele care au beneficiat de neurofeedback nu au dezvoltat această condiție. Din câte se părea, antrenamentul lor le-a stabilizat creierul.

În anul 1971, Sterman a atașat primul său subiect uman, pe Mary Fairbanks, o fată de 23 de ani, la un aparat de neurofeedback. Mary suferea de epilepsie de la vârsta de opt ani, făcând crize cu convulsii

de cel puțin două ori pe lună. Ea s-a antrenat pe aparat timp de o oră pe zi, de două ori pe săptămână. După trei luni, ea a scăpat complet de convulsii. În continuare, Sterman a primit o finanțare de la Institutele Naționale ale Sănătății pentru a realiza un studiu mai sistematic, iar rezultatele sale – absolut impresionante – au fost publicate în jurnalul *Epilepsia* în anul 1978.

Această perioadă de experimentări și de optimism fantastic legat de potențialul minții umane s-a încheiat pe la mijlocul anilor 70, odată cu descoperirea noilor medicamente psihiatrice. Psihiatria și știința creierului au adoptat un model chimic al minții și al creierului, iar celelalte abordări terapeutice au fost lăsate în stand-by.

Între timp, domeniul neurofeedbackului a continuat să se dezvolte cu pași mici, cele mai multe cercetări fiind făcute în Europa, în Rusia și în Australia. Deși în Statele Unite există circa 10.000 de practicanți ai neurofeedbackului, această practică nu a reușit să strângă fondurile de cercetare necesare pentru a fi acceptată pe scară largă. Unul din motive ar putea fi numeroasele sisteme de neurofeedback care concurează unele cu celelalte. Un altul este potențialul comercial limitat al metodei. Extrem de puține aplicații sunt acoperite de asigurările medicale, ceea ce face ca neurofeedbackul să fie scump pentru consumatori și să îi împiedice pe practicanți să strângă resursele necesare unor studii pe scară largă.

DE LA UN CĂMIN PENTRU PERSOANE FĂRĂ ADĂPOST LA O INFIRMERIE

Sehern mi-a permis să vorbesc cu trei dintre pacienții ei. Toți mi-au relatat istorii absolut remarcabile, dar când am ascultat-o pe Lisa, o studentă la colegiu în vârstă de 27 de ani care se pregătea să devină infirmieră, am simțit că înțeleg pentru prima oară colosalul potențial al acestei metode de tratament. Lisa avea cel mai mare factor de rezistență pe care îl poate avea o ființă umană. Ea era o persoană atrăgătoare, angajată, curioasă și în mod evident inteligentă. Știa să mențină contactul ocular și era întotdeauna dornică să le împărtășească altora ce a învățat despre sine. Dar mai presus de toate, la fel ca foarte mulți alți supraviețuitori pe care i-am cunoscut, avea un simț uimitor al umorului și o perspectivă delicioasă asupra nebuniei umane.

Dat fiind backgroundul ei, era un veritabil miracol că era atât de calmă și de focalizată. Lisa a petrecut ani la rând în aziluri și spitale psihiatrice, fiind o prezență familiară în spitalele de urgență din vestul statului Massachusetts, unde era adusă în mod regulat de ambulanțe, pe jumătate moartă din cauza unei supradoze cu medicamente cu prescripție medicală sau a rănilor pe care și le produsese singură.

Iată cum și-a început ea povestea vieții: „Obișnuiam să îi invidiez pe copiii care știau ce se va întâmpla atunci când părinții lor se îmbătau. Cel puțin, ei puteau anticipa dezastrul. Acasă la mine nu exista niciun tipar. Totul o putea stârni pe mama – o simplă cină, uitatul la televizor, venitul acasă de la școală, îmbrăcatul – și nu știam niciodată ce va face sau în ce fel mă va răni de data aceasta. Totul era atât de imprevizibil".

Tatăl ei și-a abandonat familia când Lisa avea trei ani, lăsându-și fata la dispoziția mamei sale psihotice. Cuvântul „tortură" nu descrie nici pe departe toate abuzurile pe care le-a îndurat aceasta. „Locuiam în podul casei, și făceam pipi pe un covor al unei camere de lângă a mea, întrucât îmi era prea frică să cobor și să merg la baie. Îmi dezbrăcam de haine toate păpușile și înfigeam pixuri în ele, așezându-le apoi la fereastră."

La 12 ani, Lisa a fugit de acasă, dar a fost prinsă de poliție și returnată mamei sale. Când a fugit din nou, a intervenit serviciul pentru protecția copilului, iar ea și-a petrecut următorii șase ani în diferite spitale psihiatrice, în cămine pentru oamenii fără adăpost, la diferite familii care o primeau în plasament, sau direct pe stradă. Nu rezista nicăieri prea mult, căci Lisa era atât de disociată și de autodistructivă încât îi speria pe îngrijitorii ei. Obișnuia să se atace singură sau să distrugă mobila din casă, după care nu își mai amintea ce a făcut, fapt care i-a atras reputația de mincinoasă manipulativă. Privind retrospectiv, mi-a spus Lisa, ei îi lipsea pur și simplu limbajul de a comunica ceea ce se petrecea cu ea.

Când a împlinit 18 ani, ea a scăpat de sub „tutela" serviciului pentru protecția copilului și și-a început viața independentă, fără familie, educație, bani sau calificări. Din fericire pentru ea, la scurt timp după ce a devenit independentă a întâlnit-o pe Sebern, care tocmai își cumpărase primul echipament de neurofeedback și care și-o amintea pe Lisa de la centrul de tratament rezidențial la care lucrase cândva. Ea a avut întotdeauna o slăbiciune pentru această fată

pierdută pentru societate, așa că a invitat-o pe Lisa să îi încerce noua „jucărie".

Iată ce povestește Sebern: „Când Lisa a venit pentru prima dată să mă vadă, era toamnă. Mergea cu o privire goală, ducând cu ea un dovleac oriunde ar fi mers. Pur și simplu nu exista un sine în interiorul ei, capabil de autoorganizare." Orice terapie prin vorbire ar fi fost imposibilă pentru Lisa. Dacă Sebern îi punea vreo întrebare referitoare la un factor de stres, ea se închidea imediat în sine sau intra în panică. După cum spune astăzi însăși Lisa: „Ori de câte ori încercam să discutăm despre ceea ce mi s-a întâmplat în copilărie, mă prăbușeam complet din punct de vedere psihic. Mă trezeam apoi plină de tăieturi și de arsuri și eram incapabilă să mănânc ceva. De asemenea, nu mai puteam dormi."

Sentimentul terorii era omniprezent la ea: „Mă temeam tot timpul. Nu îmi plăcea să fiu atinsă. Eram în permanență agitată și nervoasă. Îmi era imposibil să închid ochii dacă mai era cineva prin preajmă. Nimeni nu m-ar fi putut convinge vreodată că persoana nu mă va lovi de îndată ce mi-aș fi închis ochii. Așa ceva te poate face să înnebunești. Știi că te afli în cameră cu o persoană în care ai încredere, iar intelectul îți spune că nu ți se poate întâmpla nimic rău, dar îți este imposibil să te relaxezi (mai ales la nivel corporal). Dacă cineva își punea brațul în jurul meu, părăseam imediat locul respectiv." Pe scurt, Lisa era captivă într-o stare de șoc din care îi era imposibil să scape.

Lisa își amintește că atunci când era mică obișnuia să se disocieze, iar lucrurile s-au înrăutățit după pubertate: „Am început să mă trezesc cu tăieturi, iar colegii mei de la școală mă cunoșteau sub nume diferite. Nu am putut avea niciodată un iubit stabil, întrucât îmi dădeam întâlnire cu alți băieți într-o stare disociată, după care nu îmi mai aminteam nimic. Mi s-a întâmplat frecvent să leșin și să mă trezesc în cele mai bizare situații." La fel ca foarte mulți oameni cu traume severe, Lisa nu se putea recunoaște în oglindă. Sincer să fiu, până la ea nu am mai auzit pe nimeni care să descrie atât de articulat ce înseamnă să îți lipsească o identitate de sine continuă.

Nu exista nimeni care să îi confirme realitatea. „Când aveam 17 ani și locuiam într-un cămin împreună cu alți adolescenți cu probleme grave de comportament, m-am tăiat foarte rău cu capacul unei cutii de conserve. M-au dus la urgență, dar nu i-am putut spune doctorului cum m-am tăiat, întrucât nu îmi mai aduceam aminte. Acel

doctor era absolut convins că tulburarea de identitate disociativă nu există... Foarte mulți oameni din domeniul sănătății psihice susțin acest lucru. Ei nu îți spun că nu suferi de acest sindrom, ci că acesta pur și simplu nu există."

Primul lucru pe care l-a făcut Lisa când a ieșit (datorită vârstei) din programul de tratament rezidențial a fost să renunțe la medicamente. „Nu spun că acest lucru este valabil pentru toată lumea, dar în cazul meu cred că a fost o alegere corectă. Cunosc oameni care au nevoie de medicamente, dar acesta nu a fost niciodată cazul meu. După ce am renunțat la ele și am început terapia prin neurofeedback, m-am simțit mult mai lucidă."

Când a invitat-o pe Lisa să practice neurofeedbackul, Sebern nu avea idee la ce să se aștepte, căci Lisa era prima pacientă cu o identitate disociativă pe care a încercat acest tratament. Ele s-au întâlnit de două ori pe săptămână și au început prin a crea tipare cerebrale mai coerente în lobul temporal drept – centrul fricii din creier. După câteva săptămâni, Lisa a observat că nu mai era atât de rigidă în prezența celorlalți oameni și că nu mai era atât de speriată să coboare în subsolul clădirii în care locuia (unde se afla spălătoria). A urmat apoi o revelație majoră: sindromul disocierii l-a dispărut complet. „Am auzit de când mă știu un bâzâit constant creat de diferite conversații pe tonalități foarte joase în capul meu, povestește ea. Eram speriată de gândul că aș putea fi schizofrenică. După o jumătate de an de neurofeedback am încetat să mai aud aceste zgomote. Înclin să cred că le-am integrat. Dintr-odată, toate piesele de puzzle s-au reunit."

Pe măsură ce și-a dezvoltat o identitate de sine mai continuă, Lisa a devenit capabilă să povestească despre experiențele sale: „La ora actuală pot vorbi despre copilăria mea. Pentru prima dată în viață, am început să *fac* psihoterapie. Până atunci nu puteam pune o distanță suficient de mare între minte și amintirile mele și nu mă puteam calma îndeajuns. Dacă ești foarte implicat în trecutul rău, îți vine greu să vorbești despre el. Nu m-am putut niciodată atașa de un psihoterapeut și nu m-am putut deschide în fața unei relații cu el (așa cum se presupune că ar trebui să o faci)". A fost o revelație majoră pentru mine: foarte mulți oameni renunță la tratament, neputându-se conecta cu ceea ce se întâmplă în timpul acestuia pentru simplul motiv că sunt încă prea adânc integrați în amintirile lor. De

bună seamă, atunci când cineva nu știe cine este, el nu poate percepe realitatea persoanelor din jurul său.

Lisa a continuat: „Eram atât de anxioasă în privința oricărei forme de atașament. Atunci când intram într-o cameră, încercam să memorez toate posibilitățile de a ieși din ea și toate detaliile legate de cei care se aflau acolo. Încercam cu disperare să țin cont de orice element care m-ar fi putut răni. Acum îi privesc altfel pe oameni. Nu le mai memorez fețele exclusiv din frică. Atunci când nu te temi că vei fi rănit, îi poți cunoaște pe oameni dintr-o perspectivă diferită."

Această tânără extrem de articulată a ieșit la lumină din profunzimile disperării și confuziei, cu un grad de claritate și de focalizare pe care nu l-am mai întâlnit până la ea. Mi-a devenit astfel limpede că trebuia să explorăm potențialul neurofeedbackului la Centrul pentru Traume.

ÎNCEPUTUL EXPLORĂRII NEUROFEEDBACKULUI

Pentru început, a trebuit să decidem pe care din cele cinci sisteme existente de neurofeedback să îl adoptăm. A urmat un weekend foarte greu, în care am învățat cu toții principiile acestei metode de tratament și le-am practicat unii pe ceilalți. Opt membri ai personalului și trei traineri s-au oferit voluntari pentru a explora complexitatea EEG-urilor, electrozilor și feedbackului generat de computer. În cea de-a doua dimineață a trainingului, l-am ales ca partener pe colegul meu Michael și i-am plasat un electrod pe partea dreaptă a capului, chiar deasupra părții senzorio-motorii a creierului său, după care i-am activat frecvența de 11-14 Hz. La scurt timp după încheierea ședinței, Michael a solicitat atenția grupului. Ne-a spus apoi că tocmai a avut o experiență absolut remarcabilă. Întotdeauna s-a simțit nesigur și stânjenit în prezența altor oameni, inclusiv a noastră. Deși nimeni nu și-a dat seama de acest lucru (la urma urmelor, era un terapeut foarte respectat), trăia într-o stare cronică de pericol iminent. Această senzație i-a dispărut complet, iar acum se simțea – pentru prima dată în viață – în siguranță, relaxat și deschis. În cei trei ani care au urmat, Michael a renunțat la felul său discret de a fi și a început să ne provoace cu opiniile și cu viziunea sa, devenind unul dintre cei mai valoroși membri ai programului nostru de neurofeedback.

Cu ajutorul Fundației ANS, am inceput primul nostru studiu, la care au participat 17 pacienți care nu au răspuns la tratamentele anterioare. Ținta noastră a fost zona temporală dreaptă a creierului, despre care studiile noastre bazate pe scanarea creierului (descrise în capitolul 3) ne-au arătat că este activată excesiv în timpul stresului traumatic. Studiul a constat în 20 de ședințe de neurofeedback care s-au desfășurat de-a lungul a zece săptămâni.

Dat fiind că mulți dintre acești pacienți sufereau de alexitimie, nu le-a fost deloc ușor să ne raporteze reacția la tratament, dar acțiunile lor au vorbit în locul lor: ei au venit la timp la ședințe, chiar dacă au avut de înfruntat (într-o anumită situație) furtuni de zăpadă. Niciunul nu a renunțat la studiu, iar la sfârșitul celor 20 de ședințe am constatat îmbunătățiri semnificative nu doar ale scorului lor SSPT, ci și ale confortului lor interpersonal, echilibrului emoțional și conștiinței de sine. Au devenit mai puțin agitați, au dormit mai bine și s-au simțit mai calmi și mai focalizați.

De altfel, rapoartele personale pot fi înșelătoare, în timp ce schimbările obiective ale comportamentului sunt niște indicatori mult mai buni ai eficacității tratamentului. Primul pacient pe care l-am tratat prin neurofeedback a fost un bun exemplu în această direcție. Acesta era un profesionist de 50 și ceva de ani care se definea ca heterosexual, dar căuta în mod compulsiv contacte homosexuale cu străini ori de câte ori se simțea abandonat și neînțeles. Căsnicia lui s-a destrămat din această cauză, iar el s-a infectat cu HIV. Bărbatul era disperat să își poată recâștiga controlul asupra comportamentului său. În timpul psihoterapiei anterioare, el a vorbit pe larg despre faptul că a fost abuzat de un unchi când avea opt ani. Am presupus imediat că impulsurile sale erau asociate cu acest abuz, dar această conexiune nu i-a putut schimba comportamentul. După mai bine de un an de psihoterapie obișnuită cu un terapeut competent, nimic nu s-a schimbat pentru el.

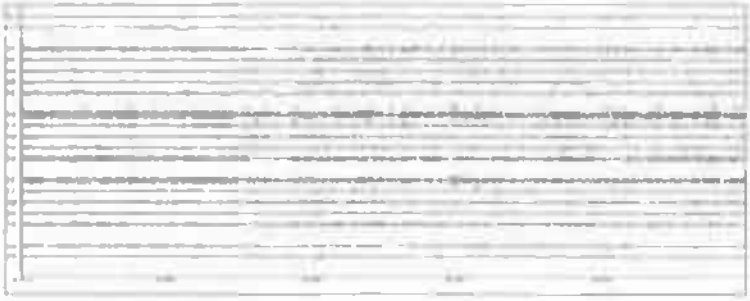
La o săptămână după ce am început să îi antrenăm creierul să producă unde mai lente în lobul temporal drept, el s-a certat cu iubita lui actuală, dar în loc să meargă la locul obișnuit pentru agățat bărbați, s-a decis să meargă la pescuit. Inițial, am crezut că a fost ceva aleatoriu, dar în următoarele zece săptămâni, deși relația sa a rămas la fel de tumultuoasă, el a continuat să își găsească mângâierea în pescuit, ba chiar a început să renoveze cabana sa de pe malul lacului. Când

am sărit peste trei săptămâni de neurofeedback din cauza concediului pe care ni l-am luat cu toții, impulsul său compulsiv i-a revenit subit, sugerând faptul că creierul său nu a reușit să își stabilizeze încă noul tipar. Am continuat să practicăm tratamentul încă șase luni, iar la ora actuală, patru ani mai târziu, îl mai văd pe acest pacient numai o dată la șase luni, pentru verificări. Nu a mai simțit niciodată impulsul de a se angrena în relații sexuale periculoase.

Cum a reușit creierul său să își găsească mângâierea în pescuit, în locul comportamentului său sexual compulsiv? Pur și simplu nu știm. Neurofeedbackul schimbă tiparele conectivității din creier, iar mintea le urmează prin crearea unor noi tipare ale angajamentului.

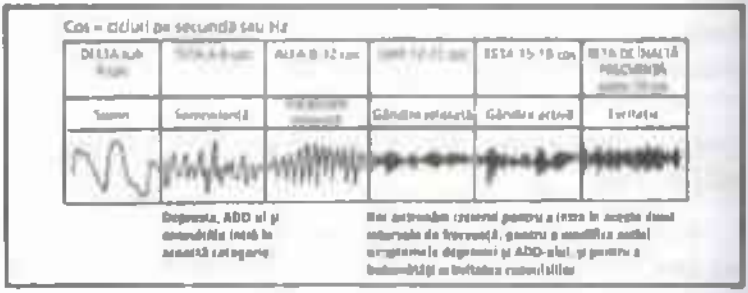
UNDELE CEREBRALE, DE LA CELE MAI LENTE LA CELE MAI RAPIDE

Fiecare linie a unei electroencefalograme prezintă activitatea dintr-o zonă diferită a creierului. Rezultă astfel un amestec de ritmuri diferite, catalogate de la cele mai lente la cele mai rapide. EEG măsoară diferitele vârfuri (amplitudinea) și lungimi de undă (frecvența). Frecvența se referă la numărul de oscilații ale unei unde într-un interval de o secundă și este măsurată în hertzi (Hz) sau în cicluri pe secundă (cps). Fiecare frecvență de pe o EEG este relevantă pentru înțelegerea și tratarea traumei, iar elementele de bază sunt relativ ușor de înțeles.



Electroencefalograma (EEG). Deși nu există o semnătură tipică pentru SSPT, foarte mulți oameni traumatizați au o activitate extrem de intensă la nivelul lobilor temporali, așa cum este și cazul acestui pacient (T_3, T_4, T_5). Neurofeedbackul poate normaliza aceste tipare cerebrale anormale, amplificând astfel stabilitatea emoțională a pacientului.

Undele delta – frecvențele cele mai joase (2-5 Hz) – apar cel mai adesea în timpul somnului, când creierul este profund relaxat, iar mintea este orientată asupra ei. Dacă cineva emite prea multe unde cerebrale lente atunci când este treaz, gândirea sa este încețoșată, judecata sa este slabă, iar controlul impulsurilor este foarte redus. 80% dintre copiii cu ADHD și foarte mulți oameni diagnosticați cu SSPT emit unde excesiv de lente în lobii lor frontali.



RATA UNDELOR CEREBRALE DEPINDE DE STAREA NOASTRĂ DE EXCITAȚIE

Visele accelerează undele cerebrale. Frecvențele teta (5-8 Hz) predomină în stările de somnolență, cum ar fi starea „hipnagogică" pe care am descris-o în capitolul 15 despre EMDR; de asemenea, ele sunt caracteristice stărilor de transă hipnotică. Undele teta creează o stare mentală nerestricționată de logică sau de solicitările obișnuite ale vieții, creând potențialul de a face conexiuni și asocieri noi. Unul dintre cele mai promițătoare tratamente de neurofeedback cu EEG pentru SSPT, antrenarea undelor alfa/teta, se folosește de această calitate pentru a slăbi asocierile incrementate și pentru a facilita învățarea unor lucruri noi. La antipod, frecvențele teta apar inclusiv atunci când ne simțim depășiți sau deprimați.

Undele alfa (8-12 Hz) sunt însoțite de o stare de pace și de calm. Ele le sunt familiare tuturor celor care au învățat meditația lucidității (un pacient mi-a spus odată că neurofeedbackul funcționează în cazul lui „la fel ca meditația, dar mult amplificată.") Personal, aplic frecvent antrenarea undelor alfa pentru a-i ajuta pe oamenii prea amorțiți sau

prea agitați să atingă o stare de relaxare focalizată. Centrul Medical Militar Național Walter Reed a introdus recent instrumentele de antrenare a undelor alfa pentru a-i trata pe soldații cu SSPT, dar la momentul scrierii acestei cărți rezultatele obținute nu erau încă disponibile.

Undele beta sunt cele mai rapide frecvențe emise de creier (13-20 Hz). Atunci când predomină, creierul este orientat către lumea exterioară. Undele beta ne permit să ne focalizăm atenția atunci când îndeplinim o sarcină. La antipod, undele beta de înaltă frecvență (peste 20 Hz) sunt asociate cu agitația, anxietatea și tensiunea corporală. Practic, cei care emit aceste unde scanează tot timpul mediul înconjurător în căutarea pericolelor.

AJUTAREA CREIERULUI SĂ SE FOCALIZEZE

Antrenamentele prin neurofeedback pot îmbunătăți creativitatea, controlul sportiv și luciditatea interioară, chiar și la oamenii cu mari realizări. Atunci când am început să studiem neurofeedbackul, noi am descoperit că medicina sportivă era singurul departament din cadrul Universității din Boston familiarizată cât de cât cu acest subiect. Unul din foștii mei profesori de fiziologia creierului a fost psihologul sportiv Len Zaichkowsky, care a părăsit orașul Boston pentru a pregăti echipa Vancouver Canucks cu ajutorul neurofeedbackului.

Neurofeedbackul a fost studiat mai degrabă pentru îmbunătățirea performanței decât pentru problemele psihice. În Italia, antrenorul echipei de fotbal AC Milan a folosit această metodă pentru a-și ajuta jucătorii să rămână relaxați și focalizați în timp ce își priveau erorile de joc filmate. Acest control mental și fiziologic amplificat a dat rezultate, mai mulți jucători fiind integrați în echipa națională a Italiei care a câștigat Cupa Mondială în anul 2006. La rândul ei, echipa AC Milan a câștigat campionatul european în anul următor. De asemenea, neurofeedbackul a fost inclus ca o componentă științifică și tehnologică a „Own the Podium", un plan pe cinci ani în valoare de 117 milioane de dolari creat pentru a ajuta Canada să domine la Jocurile Olimpice de Iarnă din Vancouver, din anul 2010. Într-adevăr, canadienii au câștigat cele mai multe medalii de aur și s-au situat pe locul trei la nivel mondial.

Performanța muzicală beneficiază și ea de pe urma neurofeedbackului. Mai mulți membri ai juriului de la Colegiul Regal de Muzică din Marea Britanie au descoperit că studenții antrenați prin zece ședințe de neurofeedback de către John Gruzelier de la Universitatea din Londra și-au îmbunătățit performanța muzicală (legată de cântarea unei anumite bucăți) cu 10%, comparativ cu studenții care nu au beneficiat de neurofeedback. Într-o lume atât de competitivă, această diferență este considerată uriașă.

Dată fiind amplificarea focalizării, atenției și puterii de concentrare la care conduce, nu este de mirare că neurofeedbackul a atras atenția specialiștilor în domeniul tulburării deficitului de atenție/hiperactivității (ADHD). Cel puțin 36 de studii au arătat că neurofeedbackul poate fi un tratament eficient care conduce la rezultate într-un timp redus pentru ADHD, dovedindu-se la fel de eficace ca medicamentele convenționale. După ce creierul a fost antrenat să producă tipare diferite ale comunicării electrice nu mai este necesar niciun tratament, spre deosebire de medicamente, care nu modifică activitatea fundamentală a creierului și nu dau rezultate decât atât timp cât pacientul continuă să le ia.

UNDE EXISTĂ PROBLEME ÎN CREIERUL MEU?

Analiza computerizată sofisticată a EEG, cunoscută sub numele de EEG cantitativă (qEEG), poate trasa activitatea undelor cerebrale milisecundă cu milisecundă, iar softul ei poate converti această activitate într-o hartă colorată care arată care sunt frecvențele cele mai înalte și cele mai joase din principalele zone cerebrale. De asemenea, qEEG poate arăta cât de bine comunică sau cooperează diferitele regiuni ale creierului. Există mai multe baze de date qEEG mari ale unor pacienți normali și anormali, care ne permit să comparăm qEEG-ul unui pacient cu cele ale altor mii de oameni cu probleme similare. Nu în ultimul rând, spre deosebire de fMRI și de celelalte scanări, qEEG este relativ ieftin, iar aparatele sale sunt portabile.

qEEG furnizează dovezi convingătoare referitoare la hotărârile arbitrare ale categoriilor curente de diagnosticare din DSM. Etichetele puse de DSM bolilor psihice nu corespund anumitor tipare specifice ale activării cerebrale. Stările mentale comune în foarte multe diagnostice, cum ar fi confuzia, agitația sau senzația

de desprindere de corp, sunt asociate cu anumite tipare specifice ale qEEG. În general, cu cât un pacient are mai multe probleme, cu atât mai multe anormalități apar în qEEG.

Pacienții noștri consideră foarte util să își poată vizualiza tiparele activității electrice localizate din creierul lor. Noi le putem arăta tiparele care par responsabile pentru problemele lor de concentrare sau pentru lipsa controlului emoțional. Ei pot vedea astfel de ce trebuie antrenate diferite zone ale creierului lor pentru a genera frecvențe și tipare de comunicare diferite. Aceste explicații îi ajută să treacă de la autoinvinovățirea pentru incapacitatea lor de a-și controla comportamentul la o procesare diferită a informațiilor.

După cum mi-a scris recent Ed Hamlin, cel care ne-a antrenat pe mine și pe colegii mei să interpretăm qEEG: „Foarte mulți oameni răspund la acest antrenament, dar cei care răspund cel mai bine și mai rapid sunt cei care pot vizualiza feedbackul pentru ceea ce fac. Spre exemplu, dacă eu încerc să ajut pe cineva să își amplifice capacitatea de a fi prezent, putem vedea împreună cât de bine se descurcă în această direcție. În continuare, beneficiile încep să se acumuleze. Experiența schimbării activității cerebrale prin propria ta minte este foarte dătătoare de putere."

ÎN CE FEL MODIFICĂ TRAUMA UNDELE CEREBRALE?

În laboratorul nostru de neurofeedback putem vedea oameni cu istoric de lungă durată de stres traumatic, care nu au răspuns decât parțial la tratamentele existente. qEEG-ul lor indică o gamă largă de tipare diferite. Mulți dintre ei au o activitate excesivă la nivelul lobului temporal drept, centrul fricii din creier, combinată cu o activitate preponderentă a undelor lente la nivel frontal. Acest lucru arată că viața lor mentală este dominată de creierul emoțional hiperexcitat. Cercetările noastre au arătat că liniștirea centrului fricii reduce problemele generate de traumă și îmbunătățește funcționarea executivă. Acest lucru se reflectă nu doar în reducerea semnificativă a scorurilor SSPT, dar și în îmbunătățirea clarității mentale și în amplificarea capacității de a-și regla singuri agitația în fața provocărilor relativ minore.

Alți pacienți traumatizați prezintă tipare ale hiperactivității de îndată ce închid ochii: faptul că nu mai văd ce se petrece în jurul lor

îi determină să intre în panică, iar undele lor cerebrale o iau razna. Noi îi antrenăm să producă mai multe tipare cerebrale relaxate. Un alt grup de pacienți reacționează excesiv la sunete și la lumină, semn că talamusul lor are dificultăți în a filtra și în a exclude informațiile irelevante. În cazul acestora, noi ne focalizăm asupra schimbării tiparelor de comunicare din spatele creierului.

În timp ce noi suntem interesați în principal de identificarea unor tratamente optime pentru stresul traumatic pe termen lung, Alexander McFarlane studiază maniera în care modifică expunerea la război un creier normal până atunci. Departamentul Australian al Apărării a cerut grupului său de cercetători să măsoare efectele războiului din Irak și Afganistan asupra funcționării psihice și biologice a soldaților, inclusiv tiparele undelor lor cerebrale. Într-o fază inițială, McFarlane și colegii săi au măsurat qEEG pentru 179 de soldați cu patru luni înainte și după participarea lor la luptele din Orientul Mijlociu.

Ei au descoperit că numărul total de luni petrecute în condiții de război de-a lungul unei perioade de trei ani este asociat cu reducerea progresivă a puterii undelor alfa din spatele creierului. Această zonă cerebrală, care monitorizează starea corpului și reglează diferite procese elementare precum foamea și somnul, are de regulă cel mai înalt nivel de unde alfa dintre toate regiunile creierului, indeosebi atunci când persoana închide ochii. Așa cum am văzut, undele alfa sunt asociate cu relaxarea. Reducerea puterii undelor alfa la acești soldați reflectă o stare de agitație persistentă. Simultan, undele cerebrale din partea din față a creierului, care de regulă conțin un nivel ridicat de unde beta, prezintă o încetinire progresivă odată cu fiecare nouă misiune de luptă. Soldații își dezvoltă treptat o activitate a lobului frontal care amintește de cea a copiilor cu ADHD, care interferează cu funcționarea lor executivă și cu capacitatea de a-și menține atenția focalizată.

Efectul rezultat este acela că excitația, care ar trebui să le asigure energia necesară pentru sarcinile de zi cu zi, nu îi mai poate ajuta pe acești soldați să se focalizeze asupra sarcinilor lor curente, făcându-i pur și simplu agitați și nervoși. În această etapă a studiului lui McFarlane este prea devreme să putem spune dacă acești soldați vor dezvolta SSPT, și numai timpul ne va spune în ce măsură se vor putea readapta creierele lor la ritmul vieții civile.

NEUROFEEDBACKUL ȘI HANDICAPUL DE ÎNVĂȚARE

Abuzul și neglijarea cronică în copilărie interferează cu setarea corectă a sistemelor de integrare senzorială. În unele cazuri, acest lucru conduce la un handicap de învățare, care include conexiuni greșite între sistemul auditiv și cel de procesare a cuvintelor, precum și o coordonare mână-ochi slabă. Atât timp cât sunt închiși în ei sau explozivi, este greu să ne dăm seama cât de mari sunt dificultățile pe care le au adolescenții din programele noastre de tratament rezidențial în a procesa informațiile de zi cu zi, dar după tratarea cu succes a problemelor lor de comportament, problemele lor de învățare devin adesea manifeste. Chiar dacă ar putea sta liniștiți și atenți, marea majoritate a acestor copii traumatizați ar continua să fie handicapați de slaba lor capacitate de învățare.

Lisa mi-a povestit cum a interferat trauma ei cu setarea corectă a funcțiilor de procesare de bază. Ea mi-a spus că „se rătăcea întotdeauna" atunci când se ducea undeva și că avea o întârziere auditivă marcantă care o împiedica să urmărească instrucțiunile profesorilor ei. „Imaginează-ți cum ar fi să te afli într-o sală de ore, mi-a spus ea, iar profesorul să spună: ‚Bună dimineața. Deschideți manualele la pagina 272 și rezolvați problemele de la 1 la 5.' Dacă ai un decalaj auditiv de o singură fracțiune de secundă, totul devine o cacofonie. Îți este absolut imposibil să te concentrezi."

Neurofeedbackul a ajutat-o pe Lisa să își inverseze acest handicap de învățare. „Am învățat să urmăresc șirul lucrurilor; spre exemplu, să citesc o hartă. După ce am început psihoterapia, am mers odată de la Amherst la Northampton [o distanță mai mică de zece mile] pentru a o întâlni pe Sebern. Ar fi trebuit să iau două autobuze, dar am sfârșit prin a merge pe jos, pe lângă autostradă, cale de două mile. Eram incredibil de dezorganizată. Nu puteam citi orarul autobuzelor și nu puteam urmări timpul. Eram extrem de agitată, ceea ce mă făcea să fiu obosită tot timpul. Nu puteam fi atentă, nu puteam rămâne focalizată. Pur și simplu nu îmi puteam organiza creierul în această direcție."

Această descriere definește provocarea cu care se confruntă știința creierului și a minții: cum îi putem ajuta pe oameni să învețe să își organizeze timpul și spațiul, distanțele și relațiile (capacități care sunt setate de creier în primii cinci ani ai vieții), dacă trauma timpurie

a interferat cu procesul lor de dezvoltare? Nici medicamentele, nici terapia convențională nu pot activa neuroplasticitatea necesară pentru a manifesta aceste capacități dacă le-a trecut perioada critică. A sosit timpul să studiem în ce măsură poate reuși neurofeedbackul acolo unde alte intervenții au dat greș.

ANTRENAREA UNDELOR ALFA-TETA

Antrenarea undelor alfa-teta este o procedură de neurofeedback cu deosebire fascinantă, întrucât poate induce stări hipnagogice (esența stărilor de transă hipnotică) despre care am discutat în capitolul 15. Atunci când undele teta predomină în interiorul creierului, mintea se focalizează asupra lumii interioare, în care prevalează imaginile ce plutesc libere. Undele alfa ar putea acționa ca o punte de legătură între lumea exterioară și cea interioară, și invers. În cazul antrenării undelor alfa-teta, sunt activate alternativ aceste două tipuri de unde.

Marea provocare în cazul SSPT este deschiderea minții în fața unor posibilități noi, astfel încât prezentul să nu mai fie interpretat ca o retrăire continuă a trecutului. Stările de transă în timpul cărora predomină activitatea undelor teta pot ajuta la slăbirea conexiunilor condiționate dintre stimuli și reacții, cum ar fi cea dintre o pocnitură puternică și convingerea că auzi o împușcătură care îți poate pune în pericol viața. Ele permit crearea unor asocieri noi, cum ar fi aceea dintre pocnete și artificiile de Ziua Națională a Americii petrecută pe plajă cu familia.

În stările crepusculare generate de antrenarea undelor alfa/teta, evenimentele traumatice pot fi reexperimentate în condiții de siguranță și pot conduce la asocieri noi. Unii pacienți descriu vizualizarea unor imagini neobișnuite și/sau descoperirea unor revelații profunde legate de viața lor. Alții devin pur și simplu mai relaxați și mai puțin rigizi. Orice stare în care oamenii pot experimenta în condiții de siguranță imagini, sentimente și emoții asociate cu teama și neajutorarea are potențialul de a crea o perspectivă mai amplă și mai sănătoasă.

Pot inversa undele alfa-teta tiparele hiperexcitației? Dovezile acumulate până la ora actuală sunt extrem de promițătoare în această direcție. Eugene Peniston și Paul Kulkosky, cercetători la Centrul Medical AV din Fort Lyon, Colorado, au aplicat neurofeedbackul pentru a trata 29 de veterani ai Războiului din Vietnam cu o istorie de 12-15 ani de SSPT cronic asociat cu experiența războiului.

15 dintre ei au fost desemnați aleatoriu pentru o antrenare a undelor EEG alfa-teta, iar 14 au alcătuit un grup de control, primind îngrijiri medicale standard, inclusiv medicamente psihotrope și psihoterapie individuală și în grup. În medie, participanții din ambele grupuri au fost internați în spital de peste cinci ori din cauza SSPT. Neurofeedbackul a permis crearea unor stări crepusculare în care participanții au învățat să își cultive undele alfa și teta. În timp ce stăteau pe spate pe o canapea, cu ochii închiși, ei au fost instruiți să se lase călăuziți de sunetele aparatului de neurofeedback pentru a intra într-o stare de relaxare profundă. De asemenea, li s-a cerut să se folosească de imagini mentale pozitive (cum ar fi aceea a unei vieți trăite fără alcool, fericite și într-o stare de încredere în sine) în timp ce avansau către starea alfa-teta, asemănătoare transei.

Acest studiu, publicat în anul 1991, a avut unul dintre cele mai bune rezultate înregistrate vreodată în cazul SSPT. Participanților care au beneficiat de neurofeedback li s-au redus dramatic simptomele SSPT, inclusiv cele fizice, depresia, anxietatea și paranoia. După tratament, veteranii și membrii familiilor lor au fost contactați lunar timp de doi ani și jumătate. Doar trei din cei 15 veterani tratați prin neurofeedback au mai raportat flash-uri și coșmaruri tulburătoare. De altfel, cei trei au optat pentru o nouă rundă de zece ședințe de neurofeedback. În final, doar unul dintre ei a mai necesitat internarea în spital pentru alte tratamente. În total, 14 din cei 15 pacienți au redus aproape complet medicația pentru SSPT.

La antipod, toți veteranii din grupul de control au experimentat o amplificare a simptomelor SSPT în perioada de după tratament, necesitând cel puțin două internări suplimentare în spital. De asemenea, zece dintre ei au necesitat mărirea dozelor de medicamente. Studiul a fost replicat de alți cercetători, dar – în mod surprinzător – foarte puțini specialiști din afara comunității interesate de neurofeedback i-au acordat vreo atenție.

NEUROFEEDBACKUL, SSPT-UL ȘI DEPENDENȚA

Aproximativ o treime până la jumătate din oamenii sever traumatizați devin dependenți de abuzul de substanțe. Încă din epoca lui Homer, soldații au consumat alcool pentru a-și alina durerea, iritabilitatea și depresia. Potrivit unui studiu recent, jumătate din

victimele accidentelor de mașină au devenit dependente de droguri sau de alcool. Din păcate, abuzul de alcool îi face pe oameni să devină nepăsători, existând șansa de a fi traumatizați din nou (deși starea de beție în timpul unei agresiuni reduce probabilitatea dezvoltării de simptome SSPT).

Există o relație circulară între SSPT și abuzul de substanțe: deși drogurile și alcoolul asigură o alinare temporară a simptomelor generate de traumă, încercarea de a renunța la ele generează o stare de hiperexcitație, intensificând coșmarurile, amintirile sub formă de flash-uri și iritabilitatea. Există doar două modalități de a ieși din acest cerc vicios: prin rezolvarea simptomelor SSPT prin intermediul unor metode de gen EMDR sau prin tratarea hiperexcitației care face în egală măsură parte integrantă din SSPT și din sevrajul generat de renunțarea la droguri sau la alcool. Medicamentele precum naltrexona sunt prescrise uneori pentru reducerea hiperexcitației, dar nu ajută decât în anumite cazuri.

Una dintre primele femei pe care le-am antrenat prin neurofeedback a avut o dependență de lungă durată de cocaină, la care se adăuga o istorie oribilă de abuz sexual și abandon în copilărie. Spre surpriza mea, dependența ei de cocaină a dispărut după doar două ședințe, iar în următorii cinci ani în care am mai consultat-o sporadic nu i-a mai revenit. Nu am mai văzut niciodată până atunci pe cineva recuperându-se atât de rapid în urma abuzului grav de droguri, așa că am început să consult literatura științifică existentă pentru a afla mai multe amănunte. Marea majoritate a studiilor pe această temă au fost realizate în urmă cu mai mult de două decenii. În anii din urmă, foarte puține studii referitoare la folosirea neurofeedbackului pentru tratarea dependențelor au mai fost publicate, cel puțin în Statele Unite.

Între 75 și 80% dintre pacienții internați în clinicile de detoxificare din cauza abuzului de alcool sau de droguri recidivează. Un alt studiu, realizat de Peniston și de Kulkosky, referitor la efectele neurofeedbackului asupra veteranilor cu dublu diagnostic de alcoolism și SSPT, a analizat această problemă. 15 veterani au beneficiat de un antrenament al undelor alfa-teta, în timp ce un grup de control a primit doar tratamentul standard, fără neurofeedback. Subiecții au fost urmăriți cu regularitate timp de trei ani, perioadă în care opt membri ai grupului care a beneficiat de neurofeedback au renunțat complet să mai bea,

iar unul s-a îmbătat o dată, dar i s-a făcut rău și nu a mai pus gura pe alcool. Aproape toți au devenit mult mai puțin deprimați. După cum s-a exprimat Peniston, schimbările raportate corespund unei „capacități mai mari de a-și exprima afecțiunea, unei inteligențe amplificate, unei mai mari stabilități emoționale, unei capacități mai bune de a socializa și unei relaxări și satisfacții mai profunde." La antipod, toți veteranii care au primit doar tratamentul standard au necesitat reinternarea în spital într-un interval de 18 luni. De atunci au fost publicate mai multe studii referitoare la neurofeedback și dependențe, dar realitatea este că această aplicație necesită încă foarte multe cercetări pentru a-i putea fi stabilite potențialul și limitele.

VIITORUL NEUROFEEDBACKULUI

Personal, aplic neurofeedbackul în practica mea în principal pentru a-mi ajuta pacienții să facă mai ușor față hiperexcitației, confuziei și problemelor de concentrare generate de traumele din copilărie. Alți specialiști aplică însă această metodă – cu rezultate foarte bune – pentru numeroase alte probleme și condiții, care nu intră în tematica acestei cărți, cum ar fi eliminarea durerilor de cap cauzate de tensiuni, îmbunătățirea funcționării cognitive după o leziune traumatică la nivelul creierului, tratarea autismului, îmbunătățirea controlului asupra crizelor convulsive, autoreglarea în tulburările emoționale și multe altele. Începând din anul 2013, neurofeedbackul a început să fie folosit în 17 clinici militare și ale AV pentru tratarea SSPT, iar documentația științifică referitoare la eficacitatea sa în cazul veteranilor abia începe să fie acumulată. Frank Duffy, directorul laboratoarelor de neurofiziologie clinică și a procesului de dezvoltare din cadrul Spitalului pentru Copii din Boston, a făcut următorul comentariu: „Literatura (din care lipsesc complet studiile negative) sugerează că neurofeedbackul poate juca un rol terapeutic major în foarte multe domenii diferite. După părerea mea, dacă un medicament demonstrează o eficacitate în atât de multe domenii, el trebuie universal acceptat și folosit pe scară largă."

Rămân foarte multe întrebări încă fără răspuns referitoare la protocoalele de tratament pentru neurofeedback, dar paradigma științifică se schimbă treptat, într-o direcție care ne invită să explorăm mai profund aceste întrebări. În anul 2010, Thomas Insel, directorul

Institutului Național pentru Sănătate Mintală, a publicat un articol în revista *Scientific American*, intitulat „Circuite greșite", în care a invocat revenirea la înțelegerea minții și creierului din perspectiva ritmurilor și tiparelor comunicării electrice: „Zonele cerebrale care funcționează la unison pentru a realiza operațiuni mentale normale (și anormale) pot fi considerate analoage cu circuitele electrice. Cercetările de ultimă oră arată că proasta funcționare a unor întregi circuite poate sta la baza multor afecțiuni mintale." Trei ani mai târziu, Insel a anunțat că NIMH „își reorientează cercetările într-o direcție opusă clasificărilor DSM", preferând să se focalizeze asupra „tulburărilor conectomului uman".

Așa cum explică Francis Collins, directorul Institutelor Naționale pentru Sănătate (din care NIMH face parte integrantă): „Conceptul de conectom se referă la complexa rețea interconectată de neuroni (celule nervoase) din interiorul creierului. La fel ca genomul, microbiomul și celelalte domenii care se termină în 'om', efortul de a descifra integral conectomul și semnalele electrice care circulă prin el pentru a genera gânduri, sentimente și comportamente – a devenit posibil prin dezvoltarea unor puternice instrumente și tehnologii". Conectomul este studiat în detaliu la ora actuală sub auspiciile NIMH.

Până la obținerea rezultatelor acestor cercetări, doresc să îi dau ultimul cuvânt Lisei, supraviețuitoarea care mi-a făcut literalmente cunoștință cu enormul potențial al neurofeedbackului. Când i-am cerut să sintetizeze pentru mine toate beneficiile tratamentului, ea mi-a răspuns: „În primul rând, m-a calmat. În al doilea rând, mi-a oprit disocierea. La ora actuală îmi pot folosi sentimentele; nu mai fug de ele. Nu mai sunt ostatica lor. Nu le pot activa sau inhiba, dar mă pot detașa de ele. Chiar dacă mă mai întristez câteodată din cauza abuzurilor suferite, mă pot detașa de acest sentiment. Spre exemplu, îmi pot suna o prietenă fără să îi spun neapărat ce simt, sau îmi pot face temele, ori curățenie prin casă. La ora actuală, emoțiile înseamnă în sfârșit ceva pentru mine. Nu mai sunt anxioasă tot timpul, iar atunci când mă simt totuși astfel, pot reflecta asupra acestei stări. Dacă anxietatea provine din trecut, îmi dau seama de acest lucru, dar și de felul în care îmi influențează viața în momentul prezent. Pot face același lucru nu doar cu emoțiile negative precum mânia și anxietatea. Spre exemplu, pot reflecta asupra iubirii, intimității sau atracției sexuale. Nu mai intru tot timpul în reacția de tip „luptă sau fugi."

Tensiunea arterială mi-a scăzut. Nu mă mai pregătesc tot timpul să o iau la fugă în orice moment sau să mă apăr împotriva unui atac. Neurofeedbackul m-a ajutat să am relații cu alți oameni. El m-a eliberat să îmi trăiesc viața așa cum îmi doresc, fără să mă gândesc tot timpul la cât de rănită am fost și la tot ce mi s-a întâmplat în trecut."

La patru ani după ce am cunoscut-o și am înregistrat conversațiile noastre, Lisa a absolvit școala de asistente medicale cu o notă foarte mare, iar la ora actuală lucrează cu normă întreagă la un spital local.

CAPITOLUL 20

GĂSEȘTE-ȚI VOCEA: RITMURILE COMUNITARE ȘI TEATRUL

Actoria nu se referă la asumarea unui rol diferit, ci la descoperirea personajului respectiv în interiorul tău. Tu ești una cu acest personaj, dar trebuie să îl descoperi în interiorul tău, chiar dacă reprezintă o versiune extrem de diferită de-a ta.

— Tina Packer

Numeroși oameni de știință pe care îi cunosc au fost inspirați de problemele de sănătate ale copiilor lor să descopere modalități noi de a înțelege mintea, creierul și terapia. Recuperarea propriului meu fiu de o boală misterioasă pe care – în lipsa unui termen mai bun – o numim sindromul oboselii cronice, m-a convins de posibilitățile terapeutice ale teatrului.

Nick și-a petrecut cea mai mare parte a claselor a șaptea și a opta în pat, balonat de alergii și de medicamente, care îl lăsau epuizat, împiedicându-l să meargă la școală. Am asistat împreună cu soția mea la maniera în care această boală îi remodela personalitatea, făcându-l să se simtă un copil izolat și să se urască pe sine, și eram disperați să facem ceva pentru a-l ajuta. Când soția mea și-a dat seama că Nick avea un strop de energie în plus în jurul orei 5:00 după-amiaza, l-am înscris la un curs de seară de improvizație teatrală, sperând să aibă astfel șansa de a interacționa cu alți copii de vârsta lui. Nick s-a atașat de grup și de exercițiile de actorie, iar în scurt timp a primit primul său rol: cel al lui Action din *West Side Story*, un copil dur, gata oricând să sară la bătaie, care cântă celebra melodie „*Gee, Officer Krupke*". Într-o zi, l-am surprins mergând prin casă foarte bățos, practicând ce înseamnă să fii un tip dur. Oare

începea să îi facă plăcere să își imagineze că este un tip puternic, care le impune altora respect?

În continuare, Nick a fost distribuit în rolul lui Fonz din *Happy Days*. Dorința de a fi adorat de fete și de a-și vrăji audiența a devenit factorul principal în procesul său de recuperare. Spre deosebire de experiența sa cu numeroșii psihoterapeuți care au discutat cu el despre cât de rău se simțea, teatrul i-a dat lui Nick ocazia de a experimenta fizic într-o manieră profundă ce înseamnă să fii altcineva decât băiatul handicapat și ultrasensibil în care se transformase. Faptul că era apreciat și prețuit în cadrul grupului i-a oferit experiența viscerală a puterii și a competenței. Am ajuns astfel să cred cu toată convingerea că această nouă versiune actualizată a identității sale de sine a fost cea care l-a transformat să devină adultul creativ și încântător care este în ora actuală.

Simțul asumării autocontrolului este definit de relația cu corpul nostru și cu ritmurile sale: cu ciclul somn-veghe, cu felul în care mâncăm, stăm jos sau mergem. Toate aceste ritmuri ne definesc conturul zilei. Pentru a ne găsi vocea interioară, noi trebuie să ne aflăm *în interiorul* corpului nostru, să respirăm adânc și să ne accesăm senzațiile interne. Acesta este chiar opusul disocierii, al senzației de „extracorporalitate" și al dispariției din mediul exterior prin propria voință. Totodată, este opusul depresiei și al zăcutului în fața unui ecran care îți asigură o distracție pasivă. Actoria este o experiență a folosirii corpului tău pentru a-ți asuma rolul în viață.

TEATRUL RĂZBOIULUI

Transformarea lui Nick nu a fost primul caz în care am asistat la beneficiile teatrului. În anul 1988 încă mai tratam trei veterani cu SSPT pe care i-am cunoscut la AV, iar când aceștia au dat dovadă de o amplificare a vitalității, optimismului și armoniei în cadrul relațiilor lor de familie, am atribuit aceste rezultate calităților mele de terapeut. În final, am descoperit însă că cei trei s-au implicat într-o producție teatrală.

Dornici să dramatizeze dificultățile prin care trec veteranii rămași fără adăpost, ei l-au convins pe dramaturgul David Mamet, care era vecin cu ei, să se întâlnească săptămânal cu grupul lor pentru a crea un scenariu în jurul experiențelor lor. Mamet i-a recrutat mai târziu

pe Al Pacino, Donald Sutherland și Michael J. Fox să vină la Boston pentru o seară intitulată *Schițe de război*, însoțită de o strângere de fonduri pentru convertirea clinicii AV în care mi-am cunoscut pacienții într-un adăpost pentru veteranii fără casă. Faptul că au stat pe o scenă alături de actori profesioniști, că au vorbit despre amintirile lor din război și că și-au citit poeziile i-a ajutat mai mult pe pacienții mei decât orice psihoterapie.

Încă din vremuri imemoriale, oamenii s-au folosit de ritualurile comunale pentru a-și gestiona mai bine sentimentele cele mai puternice și mai înspăimântătoare. Teatrul din Grecia antică, cea mai veche formă de teatru de la care s-au păstrat referințe în scris, pare să se fi născut din riturile religioase care implicau dansul, cântecele și reiterarea poveștilor mitologice. În jurul secolului V î.Ch., teatrul juca deja un rol central în viața civică, audiența ocupând locuri într-un amfiteatru în formă de potcoavă din jurul scenei, fapt care le permitea spectatorilor să își vadă inclusiv propriile emoții și reacții reciproce.

Este posibil ca dramaturgia greacă să fi servit ca modalitate de reintegrare ritualică pentru veteranii de război din acea epocă. În perioada în care Eschil a scris trilogia *Oreiteia*, Atena lupta pe șase fronturi. Ciclul tragediei lui Eschil este pus în mișcare atunci când regele războinic Agamemnon, abia întors din război, este ucis de soția sa Clitemnestra, pentru că și-a sacrificat fiica înainte de a pleca în Războiul Troian. Serviciul militar era obligatoriu pentru toți cetățenii adulți ai Atenei, așa că audiențele pieselor de teatru ale lui Eschil trebuie să fi fost impregnate până la refuz cu veterani de război și cu soldați activi veniți acasă în permisie. De fapt, chiar și actorii trebuie să fi fost cetățeni-soldați.

Sofocle a fost general în războaiele duse de Atena împotriva perșilor, iar piesa sa, *Ajax*, care se termină cu sinuciderea unuia dintre cei mai mari eroi ai Războiului Troian, pare o veritabilă descriere de manual a stresului traumatic. În anul 2008, autorul și regizorul Bryan Doerries a aranjat o lectură publică a piesei *Ajax* pentru 500 de pușcași marini din San Diego. El a rămas impresionat de reacția audienței. (La fel ca în cazul multora dintre noi, cei care lucrăm cu traumele, inspirația lui Doerries a avut cauze personale; el i-a studiat pe clasici în colegiu și s-a întors la textele grecești pentru a-și găsi mângâierea când i-a murit o iubită din cauza unui fibrom chistic.) Proiectul său, intitulat „Teatrul războiului", a evoluat pornind

de la acest prim eveniment. Cu ajutorul unei finanțări primite de la Departamentul American al Apărării, această piesă veche de 2.500 de ani a fost jucată de atunci și până în prezent de peste 200 de ori în țară și în străinătate, dând astfel glas dificultăților prin care trec veteranii de război și cultivând dialogul și înțelegerea față de ei în rândul familiilor și prietenilor lor.

Spectacolele Teatrului de Război sunt urmate de o discuție liberă. Am participat la o lectură a piesei *Ajax* în Cambridge, Massachusetts, la scurt timp după ce mass-media a discutat despre creșterea cu 27% a sinuciderilor în rândul veteranilor de război în ultimii trei ani. Circa 40 de persoane – veterani ai Războiului din Vietnam, soții ale militarilor, soldați recent lăsați la vatră care au luptat în Irak și Afganistan – au stat la coadă ca să vorbească la microfon. Mulți dintre ei au citat versuri din piesă în timp ce vorbeau despre nopțile lor nedormite, despre dependența de droguri și despre înstrăinarea de familiile lor. Atmosfera a fost electrizantă, iar la sfârșit audiența s-a adunat în foaier, multe persoane îmbrățișându-se și plângând, în timp ce altele discutau aprins.

După cum a declarat mai târziu Doerries: „Orice om care a intrat în contact cu durerea extremă, cu suferința și moartea, poate înțelege fără probleme tragedia greacă. Aceasta descrie practic povești ale veteranilor."

MENȚINEREA COERENȚEI ÎN TIMP

Muzica și mișcarea colectivă creează un context mai amplu în viața noastră, o semnificație ce transcende destinul nostru individual. Ritualurile religioase din toată lumea implică mișcări ritmice, de la recitarea de rugăciuni liturgice la Zidul Plângerii din Ierusalim la liturghia și gesturile slujbei catolice, ceremoniile budiste de meditație în mișcare și ritualurile rugăciunii ritmice realizate de cinci ori pe zi de către musulmanii credincioși.

Muzica a jucat un rol central în mișcarea pentru drepturile civile din Statele Unite. Niciun om care a trăit în acea epocă nu va uita vreodată șirurile de persoane care mărșăluiau ținându-se de mâini și cântând „Vom învinge" în timp ce se îndreptau către forțele de poliție adunate pentru a le opri. Muzica îi unește pe oamenii care s-au simți îngroziți dacă ar fi singuri, dar care – la nivel colectiv – devin

exponenți puternici ai intereselor lor, și ale altora. Împreună cu limbajul, dansul, marșul, cântecele reprezintă modalități de cultivare a speranței și a curajului.

Personal, am remarcat forța ritmurilor comunale în acțiune atunci când l-am privit pe Arhiepiscopul Desmond Tutu organizând adunări publice pentru Comisia pentru Adevăr și Reconciliere din Africa de Sud, în anul 1996. Aceste evenimente au fost marcate de cântece și dansuri. Martorii oculari au povestit despre atrocitățile indescriptibile la care au fost supuși ei și familiile lor. Atunci când se simțeau copleșiți de emoție, Tutu le întrerupea mărturia și antrena întreaga audiență să se roage, să cânte și să danseze, până când martorii își reveneau din deznădejdea lor. Această metodă le permitea participanților să penduleze între retrăirea ororilor prin care au trecut și regăsirea cuvintelor pentru a le descrie. După părerea mea, Tutu și ceilalți membri ai comisiei merită tot creditul pentru împiedicarea unei posibile orgii a răzbunării, care se întâmplă atât de frecvent atunci când victimele sunt eliberate.

În urmă cu câțiva ani am descoperit cartea *Menținerea coerenței în timp*, scrisă de marele istoric William H. McNeill spre sfârșitul carierei sale. Această scurtă carte examinează rolul istoric al dansului și al exercițiilor militare în crearea „legăturilor de prietenie musculare", după cum le numește McNeill, și prezintă într-o lumină nouă importanța teatrului, a dansului comun și a mișcării. Între altele, ea m-a ajutat să rezolv o enigmă care m-a preocupat foarte mult timp. Fiind crescut în Olanda, m-am întrebat întotdeauna cum au reușit să își câștige eliberarea de puternicul imperiu spaniol un grup de țărani și de pescari olandezi foarte simpli. Războiul de 80 de Ani, care a durat de la sfârșitul secolului XVI până la mijlocul secolului XVII, a început cu o serie de acțiuni de gherilă, părând predestinat să nu depășească această etapă, dar fiind că soldații nedisciplinați și prost plătiți fugeau în mod regulat sub focurile de muschete ale inamicului.

Această situație s-a schimbat atunci când Prințul Maurice de Orania a devenit liderul rebelilor olandezi. La vârsta de doar 20 și ceva de ani, acesta își terminase de puțin timp educația în limba latină, fapt care i-a permis să citească manualele romane vechi de 1.500 de ani despre tactica militară. El a aflat astfel că generalul roman Licurg a introdus marșul în pas unitar al legiunilor romane și că istoricul Plutarh a atribuit invincibilitatea legiunilor acestei practici: „Era

în același timp o priveliște magnifică și teribilă să îi vezi pe soldați mărșăluind în sunetul flautelor lor, fără niciun fel de dezordine, cu mințile la unison și fără să își schimbe expresia facială, deplasându-se calmi și veseli pe intonațiile muzicale către lupta mortală."

Prințul Maurice a instituit în armata sa haotică obligativitatea marșului în plutoane, însoțit de tobe, flaute și trompete. Acest ritual colectiv nu numai că le-a asigurat soldaților săi simțul menirii și al solidarității, dar i-a ajutat inclusiv să execute manevre foarte complicate. Ulterior, marșurile în plutoane s-au răspândit în întreaga Europă, și chiar și astăzi armata Statelor Unite cheltuiește foarte mulți bani pentru fanfarele care însoțesc marșurile, chiar dacă acestea nu mai însoțesc astăzi trupele pe câmpul de luptă.

Neurologul Jaak Panksepp, care s-a născut în micuța țară baltică Estonia, mi-a spus odată remarcabila poveste a „Revoluției Cântate" a țării sale. În iunie 1987, la unul din nesfârșitele lor evenimente de vară sub-arctice, peste 10.000 de participanți la Festivalul Muzicii din Tallinn s-au prins de mâini și au început să cânte cântece patriotice interzise în ultima jumătate de secol de către ocupația sovietică. Protestele și cântecele au continuat, iar în data de 11 septembrie 1988, 300.000 de oameni – circa un sfert din populația Estoniei – s-au adunat pentru a cânta și pentru a cere public independența țării lor. În august 1991, Congresul Estoniei a proclamat restaurarea statului estonian, iar când tancurile sovietice au încercat să intervină, oamenii au acționat ca niște scuturi umane, protejând posturile de radio și televiziune din Tallinn. După cum a notat un jurnalist într-un articol publicat în *New York Times*: „Imaginează-ți scena din *Casablanca* în care patronii francezi cântă Marseilleza sfidându-i pe germani, numărul lor fiind însă de câteva mii de ori mai mare, și putem spune că abia ai început să îți imaginezi forța Revoluției Cântate."

TRATAREA TRAUMEI CU AJUTORUL TEATRULUI

Este surprinzător cât de puține studii există pe tema manierei în care ceremoniile colective influențează mintea și creierul, putând preveni sau alina trauma. Din fericire, în ultimul deceniu am avut șansa de a observa și studia trei programe diferite de tratare a traumei cu ajutorul teatrului: Urban Improv din Boston și programul Trauma Drama, folosit în școlile publice din Boston și în centrele noastre

rezidențiale; Proiectul Possibility, condus de Paul Griffin în New York; și Shakespeare & Company din Lenox, Massachusetts, care conduce un program pentru infractori juvenili numit „Shakespeare în tribunale". În acest capitol voi insista asupra acestor trei grupuri, dar există multe alte programe excelente de teatru terapeutic în Statele Unite și în străinătate, care au transformat teatrul într-o resursă larg răspândită a procesului de recuperare.

În pofida diferențelor dintre ele, toate aceste programe au un numitor comun: confruntarea realităților dureroase ale vieții și transformarea simbolică prin intermediul acțiunii comunale. Iubirea și ura, agresivitatea și abandonarea, loialitatea și trădarea – sunt simultan materialele din care sunt alcătuite teatrul și trauma. Cultura în care trăim ne învață să ne deconectăm de adevărul emoțiilor noastre. După cum spune Tina Packer, carismatica fondatoare a Shakespeare & Company: „Pregătirea actorilor presupune instruirea oamenilor să se împotrivească acestei tendințe; astfel, ei trebuie nu doar să simtă profund, dar și să transmită în fiecare moment aceste sentimente audienței, astfel încât aceasta să le recepteze și să le înțeleagă. Cu alte cuvinte, ei sunt învățați să nu se închidă în sine."

Oamenii traumatizați sunt speriați de sentimentele prea profunde. Ei se tem să își experimenteze emoțiile, pentru a nu-și pierde controlul. La antipod, teatrul presupune exprimarea deschisă a emoțiilor, dându-le glas, manifestându-le ritmic, asumându-ți roluri diferite și apoi renunțând la ele.

Așa cum am văzut, esența traumei constă în a te simți uitat de Dumnezeu și deconectat de rasa umană. Teatrul presupune o confruntare colectivă cu realitățile condiției umane. După cum mi-a spus Paul Griffin, pe când discutam odată despre programul său de teatru pentru copiii dați în plasamente familiale: „Esența tragediei teatrale are de-a face cu trădarea, agresiunea și distrugerea. Acești copii nu au nicio problemă în a-i înțelege pe Regele Lear, pe Othello, Macbeth sau Hamlet." Sau, după cum spunea Tina Packer: „Totul ține de folosirea integrală a corpului și de rezonanța altor trupuri cu sentimentele, emoțiile și gândurile tale." Teatrul le oferă supraviețuitorilor traumei ocazia de a se conecta unii cu ceilalți prin experimentarea profundă a umanității lor comune.

Oamenii traumatizați se tem de conflicte. Ei se tem să nu își piardă controlul și să nu se trezească din nou în rândul victimelor.

Conflictul este esența teatrului, indiferent dacă este vorba de conflicte interioare, interpersonale, de familie, sociale etc., și de consecințele lor. Trauma presupune încercarea de a uita, de a ascunde cât de speriat, de furios sau de neajutorat te simți. Teatrul presupune să găsești modalități de a spune adevărul și de a transmite audienței un adevăr profund. Acest lucru necesită transcenderea propriilor blocaje pentru a-ți descoperi propriul adevăr, explorarea și examinarea experiențelor tale interioare, pentru ca acestea să iasă la suprafață prin vocea și prin corpul tău, pe scenă.

ANGRENAREA ÎN CONDIȚII DE SIGURANȚĂ

Aceste programe de teatru nu sunt pentru actori aspiranți, ci pentru adolescenți furioși, speriați și turbulenți, sau pentru veterani închiși în sine, alcoolici și lipsiți de viață. Atunci când vin la repetiții, aceștia se prăbușesc pe scaunele lor, speriați că ceilalți își vor da seama imediat cât de ratați sunt. Adolescenții traumatizați sunt inhibați, desincronizați, nearticulați, necoordonați și nefocalizați. Ei sunt prea angoasați pentru a mai observa ce se întâmplă în jurul lor. Se inflamează imediat și se bazează mai degrabă pe acțiuni decât pe cuvinte pentru a-și elibera emoțiile.

Toți regizorii cu care am colaborat sunt de acord că secretul lucrului cu astfel de adolescenți constă în a progresa lent și în a-i angrena pas cu pas. La început, marea provocare constă în a-i aduna pur și simplu în aceeași cameră. Iată cum mi-a descris într-un interviu lucrul cu adolescenții Kevin Coleman, regizorul de la „Shakespeare în tribunale": „La început îi punem să umble prin sală. Apoi începem să creăm un echilibru în acest spațiu, astfel încât să nu mai umble fără nicio direcție, ci să devină conștienți de cei din jurul lor. Încetul cu încetul, adăugăm mici elemente și totul devine mai complex. Astfel, îi punem să meargă pe vârfuri, sau pe călcâie, sau cu spatele. Dacă se ciocnesc de altcineva, trebuie să țipe și să cadă teatral la pământ. După vreo 30 de ture, îi punem să își ridice brațele în aer, încălzindu-și astfel întregul corp, dar într-o manieră graduală. Dacă îi forțăm prea tare, se închid complet în ei.

Trebuie să îi faci să se simtă în siguranță pentru a începe să se observe unii pe ceilalți. Când încep să se simtă puțin mai liberi, le dau indicația: ‚Nu stabiliți niciun contact ocular cu ceilalți. Priviți în

pământ.' Cei mai mulți dintre ei se gândesc: „Super, deja fac asta', dar apoi le spun: „Acum stabiliți un contact ocular timp de o secundă", apoi din nou: „Acum, niciun contact ocular... Acum, contact ocular... Acum, niciun contact. Acum, stabiliți un contact ocular și *susțineți-l*... prea mult. Veți ști când este *prea mult* atunci când veți dori fie să vă dați o întâlnire amoroasă cu persoana, fie să vă certați cu ea. Atunci este *prea mult*.'

În viața lor de zi cu zi, adolescenții traumatizați nu stabilesc niciodată un astfel de contact ocular prelungit, nici măcar cu persoana cu care vorbesc, întrucât nu știu dacă sunt în siguranță sau nu alături de aceasta. Prin urmare, sarcina noastră este să îi facem să se simtă suficient de în siguranță pentru a nu se închide în sine atunci când stabilesc un contact ocular, sau atunci când altcineva se uită la ei. Încetul cu încetul, cu încetul, cu încetul..."

Adolescenții traumatizați sunt extrem de nesincronizați. În cadrul programului „Trauma Drama" de la Centrul pentru Traume, noi folosim exercițiile în fața oglinzii pentru a-i ajuta să se pună la unison unii cu ceilalți. Ei își ridică în sus brațul drept, iar partenerul lor îl imită. Se rotesc, iar partenerul lor trebuie să facă același lucru. Încep să observe astfel cum li se schimbă mișcările corporale și expresiile faciale, în ce fel diferă mișcările lor naturale de cele ale celorlalți și cum îi fac să se simtă mișcările și expresiile cu care nu sunt obișnuiți. Oglindirea le reduce preocuparea față de ceea ce ar putea gândi ceilalți oameni despre ei și îi ajută să se pună la unison într-o manieră viscerală, nu cognitivă, cu experiențele celorlalți. Atunci când exercițiul oglindirii se încheie în chicotelile tuturor, este clar că participanții au început să se simtă în siguranță.

Pentru a putea deveni parteneri reali, ei trebuie să învețe să aibă încredere unii în ceilalți. Unul dintre cele mai grele exerciții pentru copiii noștri este cel în care unul dintre ei este legat la ochi, lăsându-se condus de partenerul său. Adeseori, ei sunt la fel de speriați de rolul de lider, în care sunt conștienți că o altă persoană vulnerabilă are încredere în ei, ca și de faptul că trebuie să se lase legați la ochi și conduși de altcineva. La început, cei mai mulți dintre ei nu rezistă decât 10-20 de secunde, dar încetul cu încetul progresăm până la cinci minute. Ulterior, unii dintre adolescenți trebuie lăsați singuri o vreme, întrucât experiența acestor conexiuni este prea copleșitoare pentru ei.

Copiii traumatizați și veteranii cu care lucrăm noi se simt stânjeniți atunci când sunt priviți de alte persoane, se tem să intre în contact cu ceea ce simt și stau la o distanță de o lungime de braț unii de ceilalți. Sarcina regizorului, la fel ca cea a unui psihoterapeut, este de a încetini suficient de mult lucrurile încât actorii să poată stabili o relație unii cu ceilalți, dar și cu corpul lor. Teatrul le oferă o modalitate unică de a-și accesa o gamă largă de emoții și de senzații fizice care nu numai că îi pun în contact cu propriul lor corp, dar îi ajută inclusiv să exploreze modalități alternative de a se angrena în viața de zi cu zi.

URBAN IMPROV

Fiul meu a fost foarte atașat de grupul său de teatru, condus de Urban Improv (UI), o instituție de artă din Boston cu o tradiție foarte veche. El a rămas în acest grup de-a lungul liceului și apoi s-a oferit să lucreze voluntar cu el în vara de după primul an petrecut la colegiu. Cu această ocazie, el a aflat că programul de prevenire a violenței din cadrul UI, care a realizat sute de ateliere de creație în școlile locale începând din anul 1992, tocmai a primit o finanțare pentru un studiu în vederea evaluării eficacității sale, iar instituția căuta pe cineva care să conducă acest studiu. Nick le-a sugerat directorilor Kippy Dewey și Cissa Campion că tatăl său ar fi persoana ideală pentru această sarcină. Din fericire pentru mine, cei doi au acceptat.

Am început imediat să vizitez școlile din Boston împreună cu ansamblul multicultural al UI, care includea un regizor, patru antrenori profesioniști de actori și un muzician. Urban Improv creează scenete care ilustrează problemele cu care se confruntă elevii în fiecare zi: excluderea din grupurile colegilor lor, invidii, rivalități, crize de furie și certuri familiale. Scenetele pentru elevii mai mari pot ilustra aspecte precum întâlnirile amoroase, bolile cu transmitere sexuală, homofobia și violența față de colegi. Spre exemplu, într-o scenetă tipică, actorii profesioniști pot prezenta un grup de elevi care exclud un elev nou-venit de la masa lor de la cantină. Atunci când scenetă ajunge într-un punct critic, cum ar fi cel în care elevul nou-venit reacționează la felul în care este tratat, regizorul oprește scenetă, iar un membru al clasei este invitat să ia locul unuia dintre actori și să arate ce ar simți și cum s-ar comporta în respectiva situație. Aceste scenarii

le permit elevilor să îşi observe problemele cu care se confruntă zi de zi de la o anumită distanţă emoţională şi să experimenteze diferite soluţii: le ripostează ei celor care îi chinuiesc, vorbesc cu un prieten, cheamă profesorul de serviciu, le spun părinţilor ce s-a întâmplat?

Un alt voluntar este chemat apoi să încerce o abordare diferită, astfel încât elevii să poată vedea în ce fel s-ar derula alte opţiuni. Recuzita şi costumele îi ajută pe participanţi să îşi asume riscuri în noile roluri, de asemenea atmosfera jucăuşă şi susţinerea actorilor. În grupurile de discuţii de după scenetă, elevii răspund la întrebări de gen: „A fost această scenetă similară sau diferită de ceea ce se întâmplă la şcoala voastră? În ce fel?", „Cum obţii respectul pe care ţi-l doreşti?" sau „Cum îţi reglezi diferenţele faţă de ceilalţi?" Aceste discuţii devin schimburi libere de idei, căci foarte mulţi elevi doresc să îşi expună gândurile şi ideile.

Echipa de la Centrul nostru pentru Traume a evaluat acest program pentru două clase diferite din cele 17 şcoli participante. Elevii care au participat la programul UI au fost comparaţi cu colegii lor din clasele care nu au participat la el. În cazul elevilor de clasa a patra, am descoperit o reacţie extrem de pozitivă. Folosind scale de evaluare standardizate pentru agresivitate, cooperare şi autocontrol, elevii din grupul UI s-au certat mult mai rar şi au avut mult mai puţine izbucniri de furie, au cooperat mai bine şi şi-au afirmat într-o mai mare măsură opiniile în mijlocul colegilor lor; în plus, au fost mai atenţi la ore şi s-au implicat mai mult la cursuri.

Spre marea noastră surpriză, aceste rezultate nu s-au repetat în cazul elevilor de clasa a opta. Ce anume le-a afectat acestora reacţiile? Iniţial, nu am putut răspunde la această întrebare decât pornind de la impresiile noastre personale. Atunci când am lucrat cu elevii de clasa a patra, am fost profund impresionat de inocenţa totală din ochii lor mari şi de dorinţa lor de a participa la program. Spre deosebire de ei, colegii lor de clasa a opta erau mult mai defensivi şi mai închişi în ei, părând complet lipsiţi de spontaneitate şi de entuziasm. Pubertatea era în mod evident unul din factorii de influenţă, dar mai existau oare şi alţii?

Pe măsură ce ne-am continuat studiul, am descoperit că elevii mai mari au experimentat de două ori mai multe traume decât cei mai tineri decât ei. Absolut toţi elevii de clasa a opta din aceste şcoli americane tipice asistaseră la cazuri grave de violenţă. Două treimi dintre ei au asistat la cel puţin cinci incidente majore, printre care

injunghieri, ciocniri cu focuri de armă, omoruri și violență domestică. Datele noastre au arătat că elevii de clasa a opta cu un nivel atât de ridicat de expunere la violență erau semnificativ mai agresivi decât cei fără un astfel de istoric, iar programul nu le-a schimbat în niciun fel comportamentul.

Împreună cu echipa mea de la Centrul pentru Traume, am decis să vedem în ce măsură putem schimba această situație cu ajutorul unui program de mai lungă durată și mai intensiv, focalizat asupra creării de echipe și a exercițiilor de reglare a emoțiilor, prin folosirea unor scenarii care să trateze direct tipurile de violențe pe care le-au experimentat acești copii. Timp de mai multe luni, membrii personalului nostru, conduși de Joseph Spinazzola, s-au întâlnit săptămânal cu actorii de la UI pentru a lucra la aceste scenarii. Actorii i-au învățat pe psihologii noștri arta improvizației, tehnica oglindirii și a punerii precise la unison, astfel încât să poată ilustra într-o manieră credibilă confruntarea, disocierea, lașitatea și deznădejdea. Noi le-am vorbit actorilor despre factorii care declanșează amintirile traumatice și cum pot recunoaște și gestiona aceste reiterări ale traumei.

În iarna/primăvara anului 2005, am testat programul rezultat la o școală de corecție condusă de Departamentul pentru Școlile publice din Boston și de Departamentul Corecțional din Massachusetts. Era un mediu haotic, în care elevii alternau între școală și închisoare. Toți proveneau din cartiere în care prevala crima organizată și fuseseră expuși unor acte oribile de violență. Sincer să fiu, nu am cunoscut niciodată un grup de elevi atât de agresivi și de închiși în sine. Ne-am putut imagina cu ușurință viața nenumăraților profesori de școală gimnazială și de liceu care lucrau zi de zi cu elevi a căror primă reacție în fața noilor provocări era să se dea în spectacol sau să se retragă complet în sine.

Am rămas șocați să descoperim că în cazul scenelor în care cineva se afla într-un pericol fizic, elevii țineau întotdeauna partea agresorului. Neputând tolera nici cea mai mică slăbiciune în ei înșiși, ei nu o puteau accepta nici la alții. Erau plini de dispreț față de victimele potențiale, strigând lucruri de gen: „Ucide-o pe nenorocită, căci și-a făcut-o cu mâna ei!" – în cazul unei scenete despre violența în timpul unei întâlniri amoroase.

La început, o parte din actorii profesioniști au dorit să renunțe. Era pur și simplu prea dureros pentru ei să vadă cât de răi puteau fi acești copii. În cele din urmă au continuat însă programul, și am

rămas uimit să văd cum au reușit să îi determine pe elevi să experimenteze – oricât de reticenți ar fi fost – cu noile roluri. Spre sfârșitul programului, câțiva elevi s-au oferit chiar ca voluntari pentru rolurile care implicau afișarea vulnerabilității și a fricii. Când și-au primit certificatul de absolvire a programului, câțiva dinte ei le-au oferit cu sfială actorilor niște desene făcute de ei, în semn de apreciere. Am detectat chiar și câteva lacrimi (inclusiv în ochii mei).

Din păcate, încercarea noastră de a face din „Trauma Drama" o obligativitate a programei de clasa a opta în școlile publice din Boston s-a confruntat cu obstacolul rezistenței birocratice. Programul a supraviețuit totuși ca parte a programelor noastre de tratament rezidențial din cadrul Institutului pentru Resursele Justiției, într-o epocă în care muzica, teatrul, arta și sportul – aceste modalități minunate și vechi de când lumea de a cultiva competența și legăturile colective – continuă să dispară una câte una din școlile noastre.

PROIECTUL POSSIBILITY

În cadrul Proiectului Possibility, realizat în New York de Paul Griffin, actorilor nu li se dau scenarii pregătite dinainte. Ei se întâlnesc timp de trei ore pe săptămână, nouă luni la rând, și își scriu singuri propriul lor musical, interpretându-l în final în fața câtorva sute de oameni. De-a lungul istoriei sale de 20 de ani, Proiectul Possibility și-a creat un personal stabil și o tradiție solidă. Fiecare echipă de producție este alcătuită din absolvenți recenți care, cu ajutorul actorilor, dansatorilor și muzicienilor profesioniști, scriu un scenariu și creează designul scenic și coreografia unui musical nou, pe care îl repetă cu noua clasă. Acești absolvenți de dată recentă reprezintă modele extrem de pozitive pentru noii veniți. Paul mi-a spus: „Atunci când se înscriu în program, elevii nu cred că se vor mai putea schimba vreodată; ducerea programului la bun sfârșit reprezintă o experiență transformatoare pentru ei și pentru viitorul lor."

În anul 2010, Paul a început un program nou, dedicat în mod special copiilor dați în plasament familial. Statisticile arată că la cinci ani după ce ies din plasament, 60% dintre aceștia sunt închiși pentru crime, 75% sunt șomeri, și doar 6% termină un colegiu.

Centrul pentru Traume tratează foarte mulți copii dați în plasament familial, dar Griffin mi-a oferit o perspectivă nouă asupra vieții

lor: „Înțelegerea plasamentului familial este ca și cum ai învăța despre o țară străină. Dacă nu ești de acolo, înseamnă că nu vorbești acea limbă. Viața este complet anapoda pentru copiii crescuți în plasamente familiale." Ei trebuie să își creeze singuri securitatea și iubirea pe care alți copii le consideră de la sine înțelese. Atunci când spune că „viața este complet anapoda", Griffin se referă la faptul că dacă îi trezi pe copiii luați în plasament familial cu iubire sau cu generozitate, aceștia nu știu ce să mai înțeleagă și cum să reacționeze. Duritatea și cinismul li se par mult mai familiare, și deci pe înțelesul lor.

După cum spune Griffin: „Abandonarea face ca acești copii să nu poată avea încredere în altcineva, iar cei care trec prin plasamente familiale înțeleg foarte bine acest concept. Nimeni nu poate avea vreun impact asupra lor până când nu îi convinge că pot avea încredere în el." Copiii care cresc în plasamente familiale depind adeseori de mai mulți adulți. Spre exemplu, dacă doresc să treacă de la o școală la alta, ei trebuie să negocieze cu părinții lor adoptivi, cu oficialii școlilor, cu agenția pentru protecția copilului și uneori cu un judecător. De aceea, ei devin foarte versați din punct de vedere politic, învățând de mici cum să îi manipuleze pe alții.

În lumea plasamentelor familiale, cuvântul „permanență" este un mit. Motto-ul acestor copii este: „Nu ai nevoie decât de un singur adult căruia să îi pese de tine." Cu toate acestea, este absolut natural ca adolescenții să se ferească de adulți, iar Griffin remarcă pe bună dreptate faptul că cea mai bună formă de permanență în cazul adolescenților este un grup stabil de prieteni. Exact acesta este scopul programului său. Un alt mit care circulă în lumea plasamentelor familiale este cuvântul „independență". Paul preferă cuvântul *„interdependență"*. „Noi suntem cu toții interdependenți, spune el. Să îi ceri unui adolescent să facă față de unul singur lumii exterioare și să se considere independent este o nebunie. Noi trebuie să îi învățăm pe adolescenți să fie mai interdependenți, adică să cultive relații cu ceilalți oameni."

Paul a descoperit că adolescenții dați în plasament familial sunt niște actori înnăscuți. Atunci când joci rolul unui personaj tragic, trebuie să știi să îți exprimi emoțiile și să creezi o realitate a durerii și a suferinței, or, aceasta este realitatea pe care o cunosc cel mai bine copiii dați în plasament familial. De fapt, aceasta este însăși viața lor. În timp, colaborarea îi ajută pe copii să devină oameni importanți

unii în viața celorlalți. Nu întâmplător, prima etapă a programului este construirea grupului. Încă de la primele repetiții sunt stabilite regulile de bază: responsabilitatea și respectul. Sunt încurajate expresiile de afecțiune în cadrul grupului, dar sunt interzise contactele sexuale. Adolescenții sunt puși să cânte și să se miște la unison, fapt care îi ajută să se sincronizeze.

Urmează apoi a doua etapă: împărtășirea poveștilor de viață. Adolescenții se ascultă astfel reciproc, descoperă experiențe comune și reușesc să uite de singurătatea și de izolarea cauzate de traumă. Paul mi-a prezentat odată un film în care am putut vedea cum s-a petrecut acest proces în cadrul unuia dintre grupurile sale. Atunci când li se cere pentru prima dată să spună sau să facă ceva pentru a se prezenta, copiii încremenesc. Fața lor devine lipsită de expresie, privesc în pământ și fac tot ce pot pentru a deveni invizibili.

Atunci când încep să vorbească, descoperindu-și astfel vocea și identitatea de sine, ei încep să își creeze propriul spectacol. Paul le explică de la bun început că spectacolul final depinde de contribuția lor: „Dacă ați putea scrie un musical sau o piesă de teatru, ce subiect ați alege? Pedeapsa? Răzbunarea? Trădarea? Pierderea? Voi sunteți cei care veți scrie scenariul acestui spectacol." Tot ce spun copiii este notat, iar unii dintre ei încep chiar să își pună propriile gânduri pe hârtie. Pe măsură ce scenariul începe să se contureze, echipa de producție integrează cuvintele exacte ale copiilor în cântece și în dialoguri. Copiii învață astfel că dacă reușesc să își reprezinte suficient de bine experiențele, ceilalți oameni îi vor asculta. Cu alte cuvinte, ei învață să simtă ceea ce simt și să știe ceea ce știu.

Atunci când încep repetițiile, focalizarea grupului se schimbă în mod natural. Durerea, alienarea și teama care fac parte integrantă din istoria copiilor crescuți în diferite plasamente familiale nu mai reprezintă accentul principal, ci: „Cum să fac pentru a deveni un actor, un cântăreț, un dansator, un coreograf sau un tehnician de lumini foarte bun?" Capacitatea de a performa devine principala lor preocupare. Competența este cel mai bun mecanism de autoapărare împotriva neajutorării induse de traumă.

De bună seamă, acest lucru este valabil pentru noi toți. Atunci când suntem concediați, când un proiect la care ținem foarte mult eșuează ori când cineva drag ne părăsește sau moare, puține lucruri sunt mai utile decât punerea în mișcare a mușchilor și asumarea unei

activități care ne solicită atenția focalizată. Din păcate, foarte multe școli și programe psihiatrice ignoră acest lucru. Ele își doresc ca cei mici să se comporte „normal", fără să îi ajute însă să își construiască competențe care să îi facă să se simtă normali.

O altă lecție importantă de viață pe care o predau programele de teatru este cea a cauzei și efectului. Viața unui copil dat în plasament familial este complet imprevizibilă. Orice i se poate întâmpla acestuia: o prăbușire psihică generată de un factor care îi activează emoțiile traumatice; arestarea sau uciderea unui părinte; mutarea dintr-un cămin în altul; pedepsirea pentru diferite lucruri aprobate de ultima familie la care a stat etc. În cadrul unei producții teatrale, copiii văd cu ochii lor consecințele deciziilor și acțiunilor lor. „Dacă dorești să le transmiți un sentiment de control, trebuie să le acorzi puterea de a-și controla singuri destinul, nu să intervii în numele lor, spune Paul. Noi nu îi putem ajuta, repara sau mântui pe tinerii cu care lucrăm. Ceea ce putem face însă este să lucrăm cot la cot cu ei, să îi ajutăm să își înțeleagă propria viziune, iar apoi să și-o realizeze, cu ajutorul nostru. În acest fel, ei învață să își recapete instinctul controlului asupra vieții lor. Noi vindecăm trauma fără ca acest cuvânt să fie măcar pomenit."

CONDAMNAȚI LA SHAKESPEARE

Adolescenții înscriși în programul „Shakespeare la tribunal" nu practică improvizația și nu creează singuri scenarii inspirate din viața lor. Ei sunt criminali condamnați pentru bătăi, consum de alcool, furt și crime legate de proprietate. Sentința dată de judecătorul Tribunalului pentru Crime Juvenile din Berkshire este să petreacă patru după-amieze pe săptămână studiind intensiv actoria, timp de șase săptămâni. Shakespeare este un teritoriu străin pentru acești tineri. Așa cum mi-a explicat Kevin Coleman, atunci când se prezintă pentru prima dată la program – furioși, suspicioși și în stare de șoc – ei ar prefera de o mie de ori să se ducă la închisoare decât să se afle aici. Sunt nevoiți însă să învețe replicile lui Hamlet, Mark Antoniu sau Henry V, iar apoi să apară pe scenă într-o versiune condensată a unei întregi piese a lui Shakespeare în fața unei audiențe alcătuite din membri de familie, prieteni și reprezentanți ai sistemului corecțional juvenil.

Neavând cuvinte pentru a-şi exprima efectele educaţiei haotice primite, aceşti adolescenţi îşi exprimă emoţiile prin acte de violenţă. Din fericire, piesele lui Shakespeare includ numeroase scene de luptă cu sabia, care, la fel ca alte arte marţiale, le dau acestor tineri oportunitatea de a-şi pune în practică agresivitatea abia ţinută în frâu şi expresiile puterii fizice. De bună seamă, accentul este pus pe siguranţa colegilor lor. Copiilor le place să se joace cu săbiile, dar pentru a-şi proteja reciproc siguranţa, ei trebuie să negocieze şi să se folosească de limbaj.

Shakespeare şi-a scris piesele într-o perioadă de tranziţie, când lumea evolua de la comunicarea preponderent orală la cea scrisă, într-o epocă în care cei mai mulţi dintre oameni se semnau cu un simplu X. Aceşti copii se confruntă cu propria lor perioadă de tranziţie. Mulţi dintre ei de-abia reuşesc să articuleze câteva cuvinte, iar unii abia dacă ştiu să citească. Dacă se bazează pe cuvântul cu patru litere[1], ei fac acest lucru nu doar pentru a arăta că sunt duri, ci şi pentru că nu au le dispoziţie un alt limbaj pentru a comunica ce simt. Atunci când descoperă bogăţia şi potenţialul limbajului, ei trăiesc adeseori o experienţă viscerală de bucurie pură.

Actorii încep prin a investiga ce vrea să spună de fapt Shakespeare, replică cu replică. Regizorul le şopteşte cuvintele unul câte unul, iar ei sunt instruiţi să rostească întreaga replică pe o singură expiraţie. La începutul procesului, mulţi din aceşti copii nu reuşesc să rostească o replică întreagă. Progresul lor este lent, căci ei abia învaţă să integreze cuvintele în mintea lor. Pe măsură ce încep să facă asocieri, cuvintele lor capătă profunzime şi rezonanţă, iar intonaţia vocii li se schimbă. Scopul regizorului este să îi inspire pe actori să îşi adapteze reacţiile la cuvintele rostite, descoperind astfel esenţa emului jucat. Accentul nu este pus pe „Trebuie să îmi amintesc replicile", ci pe „Ce înseamnă pentru *mine* aceste cuvinte? Ce efect am *eu* asupra colegilor mei actori? Ce se întâmplă cu mine atunci când le ascult replicile?"

Procesul le schimbă adeseori viaţa acestor adolescenţi, aşa cum am putut constata personal atunci când am asistat la un seminar realizat de actori antrenaţi de Shakespeare & Company la Centrul Medical AV din Bath, New York. Larry, un veteran al Războiului din Vietnam în vârstă de 59 de ani care a fost internat de 27 de ori la

[1] *Fuck* – cea mai frecvent folosită înjurătură în limba engleză. (n. tr.)

dezintoxicare în anul precedent, s-a oferit ca voluntar pentru a juca rolul lui Brutus într-o scenă din piesa *Julius Caesar*. Când au început repetițiile, el își mormăia replicile, încercând să scape cât mai rapid de ele. Părea îngrozit la gândul că ceilalți îl judecau.

Amintește-ți de Marte, de Idele lui Martie amintește-ți:
Nu a sângerat marele Julius de dragul dreptății?
De ce a fost lovit și înjunghiat el,
Dacă nu de dragul dreptății?

Repetarea monologului care începe cu aceste rânduri a durat ore întregi. La început, el nu făcea decât să stea acolo, cu umerii căzuți, repetând cuvintele pe care i le șoptea la ureche regizorul: „*Amintește-ți* – ce îți amintești? Îți amintești prea multe? Sau prea puține? *Amintește-ți*. Ce nu dorești să îți aduci aminte? Ce înseamnă să îți aduci aminte?" Vocea lui Larry s-a întrerupt. Sudoarea îi curgea pe frunte, iar privirea îi era ațintită în pământ.

După o scurtă pauză și o gură de apă, el a-o întors la cuvintele pe care trebuia să le învețe. „*Dreptate* – tu ai primit dreptate pentru ce ai făcut? Ai sângerat vreodată în numele dreptății? Ce înseamnă dreptatea pentru tine? *Lovit*. Tu ai lovit vreodată pe cineva? Ai fost lovit? Cum a fost? Ce ți-ai dori să fi făcut atunci? *Înjunghiat*. Ai înjunghiat vreodată pe cineva? Te-ai simțit înjunghiat pe la spate? Ai înjunghiat pe altcineva pe la spate?" În acest moment, Larry a părăsit sala de repetiții.

A doua zi, el s-a întors și procesul a reînceput, cu Larry stând acolo, transpirând, cu inima gonindu-i nebunește, făcând un milion de asociații în mintea sa, dar conștientizând fiecare cuvânt și învățând să își asume replicile rostite.

La sfârșitul programului, Larry a început să lucreze în prima sa slujbă din ultimii șapte ani, iar șase luni mai târziu continua să lucreze, din câte am auzit. Învățarea experimentării și a tolerării emoțiilor profunde este esențială pentru recuperarea de pe urma unei traume.

La „Shakespeare în tribunal", specificitatea limbajului folosit la repetiții se extinde și în discuțiile adolescenților în afara scenei. Kevin Coleman remarcă faptul că aceștia folosesc adeseori expresia „mă simt de parcă...". El continuă: „Dacă îți confunzi experiențele emoționale

cu judecățile critice, activitatea ta devine vagă. Dacă îi întrebi pe actori: ‚Cum te-ai simțit?', aceștia îți răspund: ‚M-am simțit bine', sau ‚M-am simțit rău'. Ambele răspunsuri reprezintă însă judecăți. Prin urmare, noi nu spunem niciodată: ‚Cum te-ai simțit?' la sfârșitul unei scene, căci această întrebare îi invită pe copii să își activeze acea parte a creierului care emite judecăți."

În schimb, Coleman îi întreabă pe actori: „Ai observat vreun sentiment specific care ți-a apărut în timpul acestei scene?" În acest fel, copiii învață să își descrie experiențele emoționale: „M-am simțit furios când el a spus cutare lucru; „M-am simțit speriat când s-a uitat la mine." Asumarea unui rol și a limbajului aferent îi ajută pe actori să realizeze că trăiesc numeroase emoții diferite. Cu cât le observă mai amănunțit, cu atât mai curioși devin ei.

Atunci când încep repetițiile, copiii trebuie să învețe să stea drepți și să meargă în mod natural pe scenă, dar și să vorbească astfel încât să poată fi auziți în toate colțurile teatrului, ceea ce reprezintă în sine o provocare uriașă pentru ei. Spectacolul final presupune confruntarea cu comunitatea. Copiii ies pe scenă și experimentează un tip diferit de vulnerabilitate, de pericol sau de siguranță, și descoperă cât de mult pot avea încredere în ei înșiși. Încetul cu încetul, dorința de a avea succes și de a arăta că pot face ceva bun ajunge să prevaleze. Kevin mi-a relatat povestea unei fete care a jucat-o pe Ophelia în Hamlet. În ziua spectacolului, el a văzut-o stând în culise cu un coș de gunoi în față (i-a explicat că se temea să nu vomite). Fata obișnuia să fugă din toate familiile în care era plasată, dar și de la „Shakespeare la tribunal". Dat fiind că programul se angajează să nu renunțe la niciun copil, dacă este posibil, poliția o aducea din nou și din nou la sediul instituției. La un moment dat, fata și-a dat seama că rolul ei era esențial pentru restul grupului, sau poate că a realizat valoarea în sine a experienței pentru ea însăși. În ziua respectivă, ea a decis să nu mai fugă.

PSIHOTERAPIA ȘI TEATRUL

Am auzit-o odată pe Tina Packer declarând în fața unei săli pline cu specialiști în traumă: „Psihoterapia și teatrul sunt metode intuitive. Ele reprezintă opusul cercetării, în care omul de știință o ia întotdeauna cu un pas înaintea experienței sale personale, ba chiar și

a experienței pacienților săi, pentru a testa validitatea obiectivă a prezumțiilor sale. Ceea ce face ca terapia să fie eficientă este rezonanța profundă și subiectivă, și simțul profund al adevărului care rezidă în corp." Eu încă mai sper că va veni o zi în care îi vom putea dovedi Tinei că s-a înșelat, combinând rigoarea metodelor științifice cu puterea intuiției întrupate.

Edward, unul din instructorii de la Shakespeare & Company, mi-a vorbit odată despre o experiență pe care a trăit-o pe când era un tânăr actor în cadrul atelierului de pregătire avansată al lui Packer. Grupul și-a petrecut dimineața făcând exerciții menite să detensioneze mușchii trunchiului, astfel încât respirația să curgă natural și profund. Edward a observat că ori de câte ori se rostogolea peste o anumită secțiune a coastelor sale, simțea un val de tristețe. Instructorul l-a întrebat dacă a fost rănit vreodată în zona respectivă, iar el i-a răspuns că nu.

Edward a pregătit pentru cursul de seară al lui Packer un discurs din *Richard II* în care regele este invitat să renunțe la coroană de către lordul care l-a uzurpat. În timpul discuției care urmează, el își aduce aminte că mama sa și-a rupt coastele când era însărcinată cu el, fapt pe care l-a asociat întotdeauna cu moartea ei prematură.

Iată ce mi-a povestit în continuare Edward:

> Când l-am spus Tinei ce s-a întâmplat, aceasta mi-a pus întrebări legate de primele mele luni de viață. I-am răspuns că nu îmi aduceam aminte să fi stat într-un incubator, dar că îmi aminteam de un moment ulterior când mi s-a oprit respirația și am stat în spital într-o sală puternic oxigenată. Mi-am adus aminte de unchiul meu, care m-a dus cu mașina la spital, trecând peste culoarea roșie a semafoarelor. Era ca și cum aș fi suferit de sindromul morții subite a bebelușului la vârsta de trei ani.
>
> Tina a continuat să îmi pună întrebări, și am început să mă simt frustrat și furios pentru că îmi forța scutul sub care încercam să îmi ascund acea durere. Apoi m-a întrebat: „Ți s-a părut dureros când medicii te-au înțepat cu toate acele ace?"
>
> În acel moment am început pur și simplu să țip. Am încercat să ies din cameră, dar am fost forțat să rămân de

doi colegi foarte masivi. În final, m-au obligat să mă așez pe un scaun, tremurând din tot corpul. Atunci, Tina mi-a spus: „Tu ești mama ta, și vei ține acest discurs. Tu ești mama ta și îți dai naștere ție însuți. Și îți vei spune că vei reuși. Nu vei muri. Trebuie să te convingi singur de acest lucru. Trebuie să îl convingi pe acel nou-născut că nu va muri."

Aceasta a fost intenția pe care mi-am propus-o când am recitat discursul lui Richard. Când am recitat pentru prima dată discursul în fața clasei, mi-am spus că doresc să mă identific cu rolul, nu că ceva din mine tânjea să rostească acele cuvinte. Când le-am rostit în sfârșit, mi-a devenit limpede că copilul meu interior era la fel ca Richard: nu era dispus să renunțe la tron. În acel moment, mi s-a părut că megatone de energie și de tensiuni mi-au părăsit corpul. În mine s-au deschis astfel canale ale expresiei blocate de acel copil care își ținea respirația, temându-se că va muri.

Geniul Tinei a constat în faptul că mi-a spus că mă identific cu mama, care îmi spunea că voi fi bine. A fost aproape ca și cum m-aș fi întors înapoi în timp, schimbând acea poveste a vieții mele. Convingerea că va veni o vreme în care mă voi simți în siguranță exprimându-mi durerea a făcut ca acel moment să devină o parte prețioasă a vieții mele.

În acea noapte am trăit primul meu orgasm în prezența unei alte persoane, și nu am nicio îndoială că acest lucru a fost posibil numai datorită faptului că m-am eliberat de acea tensiune din corpul meu, fapt care mi-a permis să mă integrez într-o mai mare măsură în lumea exterioară.

EPILOG:

ALEGERI CARE TREBUIE FĂCUTE

Ne aflăm într-o epocă în care suntem pe punctul de a deveni o societate conștientă de traume. Aproape că nu trece o zi fără ca unul din colegii mei să nu publice un alt raport referitor la maniera în care trauma perturbă activitatea minții, creierului și corpului. Studiul ACE a arătat felul în care abuzul dă peste cap în copilărie starea de sănătate și buna funcționare socială, iar James Heckman a câștigat Premiul Nobel pentru că a demonstrat economiile uriașe pe care le-am putea face prin intervenția în viața copiilor din familiile sărace și cu probleme: mult mai mulți copii ar absolvi liceul, criminalitatea ar scădea dramatic, la fel și numărul șomerilor sau violența în sânul familiilor și al comunității. Întâlnesc mereu oameni din întreaga lume care iau în serios aceste date și care lucrează neobosiți pentru a crea și pentru a pune în aplicare metode eficiente de intervenție. Este vorba de profesori dedicați, asistenți sociali, medici, terapeuți, infirmieri, filantropi, regizori de teatru, gardieni de închisoare, ofițeri de poliție sau instructori de meditație. Dacă ai citit până aici cartea *Corpul nu uită niciodată*, poți spune că ai devenit și tu parte din această comunitate.

Progresele neuroștiinței ne-au ajutat să înțelegem mai bine maniera în care trauma schimbă procesul de dezvoltare a creierului, capacitatea sa de autoreglare și cea de a rămâne focalizat și în rezonanță cu ceilalți oameni. Tehnicile sofisticate de prelevare a imaginilor au identificat originea SSPT în interiorul creierului, astfel încât la ora actuală putem înțelege de ce devin neintegrați oamenii traumatizați, de ce sunt deranjați ei de sunete și de lumini, și de ce explodează sau se închid în sine în fața celei mai mici provocări. Am descoperit astfel că experiențele vieții schimbă structura și funcția creierului, putând

chiar afecta genele pe care le transmitem copiilor noştri. Înţelegerea multor procese fundamentale care stau la baza stresului traumatic a permis o gamă largă de intervenţii pentru reactivarea zonelor cerebrale asociate cu autoreglarea, autopercepţia şi atenţia. Am învăţat astfel nu doar cum să tratăm trauma, ci şi cum să o prevenim într-o mare măsură.

Cu toate acestea, ori de câte ori particip la un alt priveghi pentru un adolescent ucis într-un schimb de focuri în zona Blue Hill Avenue din Boston sau după ce citesc despre o altă reducere de buget pentru învăţământ în oraşele sărăcite, simt cum mă cuprinde disperarea. În multe privinţe, noi părem să regresăm. Printre exemple se numără neverosimila eliminare a alocaţiilor pentru hrană pentru copiii ai căror părinţi sunt şomeri sau se află în închisoare, adoptată recent de Congres; opoziţia încăpăţânată faţă de adoptarea îngrijirii universale a sănătăţii din anumite cercuri; refuzul obtuz al psihiatriei de a face o conexiune între suferinţa psihică şi condiţiile sociale; refuzul de a interzice vânzarea sau posedarea de arme al căror unic scop este uciderea unui număr mare de fiinţe umane; sau toleranţa colectivă faţă de încarcerarea unui segment uriaş din populaţia ţării, care risipeşte atât de multe vieţi, dar şi atâtea resurse.

Discuţiile referitoare la SSPT continuă să se focalizeze asupra soldaţilor întorşi acasă de pe front, la victimele atacurilor teroriste sau la supravieţuitorii accidentelor teribile, dar trauma este o problemă de sănătate care afectează segmente mult mai mari ale populaţiei, fiind considerată de unii cea mai mare ameninţare la adresa bunăstării naţionale. Începând din anul 2001, mult mai mulţi americani au murit ucişi de partenerii de cuplu sau de alţi membri de familie decât în războaiele din Irak şi Afganistan. Femeile americane sunt de două ori mai predispuse să sufere din cauza violenţei domestice decât din cauza cancerului la sân. Academia Americană de Pediatrie estimează că armele de foc ucid de două ori mai mulţi copii decât cancerul. Văd pretutindeni în Boston afişele publicitare ale fundaţiei Jimmy Fund, care luptă împotriva cancerului la copii, sau marşuri pentru finanţarea cercetărilor asupra cancerului la sân şi la leucemie, dar oamenii par prea stânjeniţi şi prea descurajaţi pentru a mai fi dispuşi să facă un efort masiv şi să-i ajute pe copii şi pe adulţi să înveţe să facă faţă fricii, furiei şi deznădejdii – consecinţele previzibile ale traumei.

Atunci când țin prezentări despre traume și tratamentul acestora, participanții îmi cer uneori să renunț la politică și să vorbesc exclusiv despre neuroștiință și despre terapie. Mi-aș dori să pot separa trauma de politică, dar atât timp cât vom continua să trăim în negare și să tratăm exclusiv trauma, ignorându-i originile, nu vom putea avansa prea mult. În lumea în care trăim, codul poștal determină chiar mai mult decât cel genetic dacă vei trăi o viață sănătoasă și în condiții de siguranță. Veniturile personale, structura familiei, locuința, slujba și oportunitățile educaționale influențează nu doar riscul de a suferi de stres traumatic, ci și accesul la un ajutor profesionist eficient pentru tratarea acestuia. Sărăcia, șomajul, școlile inferioare, izolarea socială, răspândirea pe scară largă a armelor de foc și locuințele de proastă calitate sunt tot atâtea cauze ale traumei. La rândul ei, aceasta dă naștere altor traume: oamenii răniți îi rănesc la rândul lor pe alții.

Cea mai profundă experiență pe care am trăit-o vreodată pe tema vindecării traumei colective a fost aceea în care am asistat la activitatea Comisiei Sud-Africane pentru Adevăr și Reconciliere, bazată pe conceptul central de *Ubuntu*, un cuvânt Xhosa care înseamnă să împărtășești ceea ce ai, pornind de la premisa că „umanitatea mea este indisolubil legată de a ta". Ubuntu consideră că adevărata vindecare este imposibilă fără recunoașterea umanității noastre comune și a destinului nostru colectiv.

Noi suntem prin excelență creaturi sociale. Creierul nostru este setat pentru lucrul și distracția în comun. Trauma devastează sistemul angrenării sociale și interferează cu cooperarea, afecțiunea și capacitatea de a funcționa ca un membru productiv al clanului. În această carte am arătat că foarte multe probleme legate de sănătatea mentală – de la dependența de droguri și până la rănirea de sine – pornesc de la încercarea de a face față unor emoții devenite insuportabile din cauza lipsei contactului și susținerii altor oameni. Din păcate, instituțiile care lucrează cu copiii și cu adulții traumatizați ignoră adesea sistemul angrenării emoționale, care reprezintă fundamentul identității noastre de sine, focalizându-se exclusiv asupra corectării înguste a „gândirii greșite" și asupra suprimării emoțiilor neplăcute și a comportamentelor perturbatoare.

Oamenii pot învăța să își controleze și să își schimbe comportamentul, dar numai dacă se simt în siguranță să experimenteze cu soluții noi. Corpul nu uită niciodată: dacă trauma este codificată sub

forma unor senzații sfâșietoare, prima noastră prioritate constă în a-i ajuta pe oameni să iasă din starea de tip „luptă sau fugi", să își reorganizeze percepția pericolului și să își gestioneze mai bine relațiile. În cazul copiilor traumatizați, ultimul lucru la care ar trebui să renunțăm în cadrul programelor școlare sunt activitățile care îi pot ajuta chiar în această direcție: corurile, educația fizică, recreațiile și orice alte activități care implică mișcarea, joaca și alte forme de distracție și angajament.

Așa cum am văzut, propria mea profesie mai mult complică decât rezolvă problemele. Numeroși psihiatri din lumea modernă lucrează în birouri de tip „linie de asamblare", în care își văd pacienții pe care aproape că nu îi cunosc timp de 15 minute, după care îi îndoapă cu pastile pentru alinarea durerii, anxietății și depresiei. Mesajul lor pare să fie: „Lasă-mă pe mine să te repar; supune-te și ia aceste medicamente, apoi revino în trei luni, dar ai grijă să nu consumi alcool sau droguri ilegale pentru a-ți alina problemele." Astfel de scurtături aplicate tratamentului fac imposibilă dezvoltarea îngrijirii de sine și a asumării autocontrolului. Un exemplu tragic al acestei orientări este prescrierea masivă de analgezice, care au ajuns să ucidă la ora actuală mai mulți oameni decât armele de foc sau accidentele de mașină (în Statele Unite).

Folosirea pe o scară din ce în ce mai largă a medicamentelor pentru tratarea acestor condiții nu rezolvă adevăratele probleme: cu ce se luptă de fapt acești pacienți? Care sunt resursele lor interne și externe? Cum reușesc ei să se calmeze? Au ei o relație bazată pe afecțiune cu corpul lor? Ce fac ei pentru a-și cultiva simțul fizic al puterii, vitalității și relaxării? Au ei o interacțiune dinamică cu alți oameni? Cine îi cunoaște și îi iubește cu adevărat? Cui îi pasă de ei? Pe cine pot conta ei atunci când se simt speriați, atunci când copiii li se îmbolnăvesc sau atunci când cad ei înșiși la pat? Fac ei parte dintr-o comunitate și joacă ei un rol vital în viața altor oameni? Asupra căror capacități specifice ar trebui să se focalizeze? Ce talente ar trebui să își cultive? Au ei un simț al menirii în viață? La ce se pricep? Cum îi putem ajuta să preia controlul asupra vieții lor?

Îmi place să cred că atunci când societatea noastră se va focaliza cu adevărat asupra nevoilor copiilor, toate tipurile de suport social pentru familii – o politică extrem de controversată în această țară – vor ajunge să pară nu doar dezirabile, ci și posibile. Ce s-ar

schimba dacă toți copiii americani ar avea acces la un sistem de grădinițe de bună calitate, în care părinții și-ar putea lăsa copiii în siguranță atunci când pleacă la muncă sau la școală? Cum ar arăta sistemul școlilor noastre dacă toți copiii ar avea acces anterior la un sistem de învățământ preșcolar cu un personal bine pregătit, care să cultive cooperarea, autoreglarea, perseverența și concentrarea (nu simpla focalizare asupra trecerii examenelor, care se va petrece oricum dacă copiilor li se permite să își urmeze curiozitatea naturală și dorința de a excela, fără a fi inhibați de lipsa de speranță, teamă și hiperexcitație)?

Am o fotografie de familie în care aveam cinci ani și eram încadrat de fratele meu mai mare (și mai înțelept, evident) și cel mai mic (mai dependent decât mine!). În fotografie țin cu mândrie în mână o bărcuță din lemn, rânjind cu toată gura: „Uite ce copil minunat sunt și ce bărcuță incredibilă am! Nu ți-ar plăcea să te joci cu mine?" Toți oamenii, dar mai ales copiii, au nevoie de o astfel de încredere – că ceilalți oameni îi cunosc, îi susțin și țin la ei. Fără o astfel de încredere, noi nu ne putem dezvolta acea asumare care ne face să spunem: „Iată în ce cred eu. Iată ce susțin eu. Iată ce lucruri sunt dispus să fac." Atât timp cât ne simțim susținuți de inima și de mintea oamenilor care ne iubesc, noi putem urca munții și traversa deșerturile, rămânând treji toată noaptea pentru a ne termina proiectele. Copiii și adulții în egală măsură sunt dispuși să facă orice pentru oamenii în care au încredere și a căror opinie o prețuiesc.

Dacă ne simțim însă abandonați, inutili sau invizibili, nimic nu mai contează pentru noi. Teama distruge curiozitatea și spiritul ludic. Pentru a avea o societate sănătoasă, noi trebuie să creștem copii care să se joace și să învețe simțindu-se în siguranță. Fără curiozitate nu există creștere personală, și fără capacitatea de a explora nu există adaptabilitate. Explorarea presupune în egală măsură încercarea și eroarea, pentru a afla cine ești și ce anume contează pentru tine. La ora actuală, mai mult de 50% dintre copiii din cadrul programului Head Start au avut cel puțin trei experiențe adverse în copilărie, precum cele incluse în studiul ACE: membri de familie închiși, depresie, violență, abuz sau consum de droguri acasă, ori perioade în care au fost fără adăpost.

Oamenii care se simt în siguranță și conectați într-un mod semnificativ cu ceilalți nu simt nevoia să își risipească viața

consumând droguri sau privind în gol la televizor. Ei nu simt nevoia să se îndoape până la refuz cu carbohidraţi sau să îşi agreseze semenii. Pe de altă parte, dacă nimic altceva nu mai contează pentru ei, se simt captivi într-o capcană şi devin sensibili la atracţia pastilelor, liderilor de găşti, religiilor extremiste sau mişcărilor politice violente, adică la orice canale care le promit o ieşire din impasul în care se află. Aşa cum a arătat studiul ACE, abuzul şi neglijarea în copilărie sunt principala cauză a bolilor psihice şi a consumului de alcool şi de droguri, dar şi cea care poate fi prevenită cel mai uşor. De asemenea, ele contribuie semnificativ la alte cauze principale ale mortalităţii, precum diabetul, boala cardiovasculară, cancerul, atacul cerebral şi sinuciderea.

Eu şi colegii mei ne focalizăm cea mai mare parte a activităţii asupra copiilor şi adolescenţilor, categoriile asupra cărora trauma are cel mai mare impact. De când ne-am reunit pentru a crea Reţeaua Naţională pentru Stresul Traumatic la Copii în anul 2001, aceasta a crescut şi s-a transformat într-o reţea cu care colaborează peste 150 de centre din Statele Unite. Fiecare din acestea a creat programe pentru şcoli, sisteme ale justiţiei juvenile, agenţii pentru binele copilului, centre pentru persoanele fără adăpost, facilităţi pentru militari şi centre rezidenţiale.

Centrul pentru Traume este una din locaţiile de evaluare şi dezvoltare a tratamentului din cadrul NCTSN. Împreună cu colegii mei, Joe Spinazzola şi Margaret Blaustein, am dezvoltat programe ample pentru copii şi adolescenţi, pe care le implementăm la ora actuală împreună cu colegii noştri (specializaţi în traume) de la Hartford, Chicago, Houston, San Francisco, Anchorage, Los Angeles şi New York. Echipa noastră selectează o zonă particulară din Statele Unite, focalizându-se asupra ei timp de doi ani, timp în care se bazează pe contactele locale pentru a identifica organizaţii pline de energie, deschise la minte şi respectate în cadrul comunităţii. Cu ajutorul nostru, acestea devin centre nodale pentru diseminarea tratamentelor descoperite de noi. Spre exemplu, am colaborat personal timp de doi ani cu colegii mei din Missoula, Montana, la dezvoltarea unui program pentru traume în rezervaţiile indienilor Blackfoot care să ţină cont de specificul cultural al acestei comunităţi.

Cea mai mare speranţă pentru copiii traumatizaţi, abuzaţi şi neglijaţi, constă în primirea unei educaţii de bună calitate în şcoli,

acolo unde pot fi văzuți și cunoscuți, unde pot învăța să se autoregleze și să își dezvolte încrederea în sine. La apogeu, școlile pot funcționa ca niște veritabile insule de siguranță într-o lume haotică. Ele îi pot învăța pe copii cum funcționează corpul și creierul lor, și cum își pot înțelege și gestiona emoțiile. Școlile pot juca un rol semnificativ în crearea rezistenței necesare pentru a face față traumelor din familia sau din mediul copilului. Dacă părinții sunt forțați să lucreze în două slujbe pentru a-și câștiga traiul sau dacă se simt prea depășiți ori prea deprimați pentru a mai rezona cu nevoile copiilor lor, școlile rămân singurele locuri în care aceștia din urmă pot învăța să se conducă singuri și să își gestioneze viața.

Atunci când echipa noastră sosește pentru prima dată la o școală, reacția inițială a profesorilor este adeseori una de gen: „Dacă mi-aș fi dorit să devin asistent social, aș fi urmat o școală pentru asistenți sociali. Eu am venit aici pentru a fi profesor!" Pe de altă parte, mulți dintre ei au învățat pe calea cea grea că este greu să predai într-o clasă plină de elevi ale căror mecanisme de alarmă sunt dezechilibrate. Chiar și cei mai dedicați profesori ajung să se simtă frustrați și ineficienți din cauză că prea mulți dintre elevii lor sunt prea traumatizați pentru a mai putea învăța. Simpla focalizare asupra îmbunătățirii scorurilor obținute la teste nu ajută prea mult dacă profesorii nu pot rezolva într-o manieră eficientă problemele de comportament ale elevilor lor. Vestea bună este că principiile de bază ale intervențiilor focalizate asupra traumei pot fi traduse în rutinele și abordările pragmatice de zi cu zi, putând transforma astfel întreaga cultură școlară.

Marea majoritate a profesorilor cu care lucrăm sunt uimiți să afle că elevii abuzați și neglijați au tendința de a interpreta orice ieșire din rutina lor ca pe un pericol și că de cele mai multe ori, reacțiile lor extreme sunt simple expresii ale stresului lor traumatic. Copiii care sfidează regulile nu pot fi aduși pe calea cea bună prin mustrări verbale sau chiar prin suspendarea de la școală – practică devenită epidemică în învățământul american. Perspectiva profesorilor începe să se schimbe atunci când aceștia realizează că la baza comportamentului perturbator al acestor copii stă încercarea lor frustrată de a-și transmite durerea și de a supraviețui.

Mai presus de orice, starea de sănătate mintală este definită de capacitatea de a te simți în siguranță în prezența celorlalți oameni.

Conexiunile sigure sunt esențiale pentru o viață semnificativă și satisfăcătoare. Marea provocare într-o sală de clasă este acceptarea reciprocității: capacitatea de a-i asculta pe ceilalți, dar și de a fi ascultat; de a-i vedea, dar și de a fi văzut. Noi încercăm să îi învățăm pe toți cei din comunitatea școlii – personalul de birou, directorii, șoferii de autobuz, profesorii și cei care lucrează în cantine – să recunoască și să înțeleagă efectele traumei la copii, realizând astfel importanța cultivării unui mediu sigur, previzibil, și de a fi cunoscuți și văzuți. Astfel, avem grijă ca elevii să fie salutați pe nume în fiecare dimineață, iar profesorii să stabilească un contact față în față cu fiecare dintre ei. La fel ca în cazul seminarelor noastre, al lucrului în grup și al programelor de teatru, noi ne începem ziua cu o verificare personală, făcându-ne timp pentru a afla ce gândește fiecare.

Foarte mulți dintre copiii cu care lucrăm nu sunt capabili să comunice ce simt prin limbaj, fiind obișnuiți cu adulți care țipă la ei, care le poruncesc, sunt închiși în sine sau chiar își înfundă urechile cu dopuri. Unul dintre primii noștri pași constă în a-i ajuta pe profesori să creeze noi modalități de a vorbi despre sentimente, declararea propriilor așteptări și solicitarea de ajutor. În loc să îi strige: „Termină!" atunci când un copil face o criză de furie, punându-l să stea la colț, profesorii sunt încurajați să observe și să-dea un nume experienței copilului, de gen „Observ cât de supărat ești", să îi ofere acestuia alternative, precum „Dorești să mergi la locul tău sigur, sau să stai în poala mea?" și să îl ajute să își găsească cuvintele pentru a descrie ce simte, de gen „Ce se va întâmpla când vei ajunge acasă după ore?" Poate dura luni în șir până când copilul învață că poate rosti adevărul în siguranță la școală (chiar dacă nu și în general), căci la fel ca în cazul adulților, identificarea adevărului unei experiențe este esențială pentru vindecarea copiilor de o traumă.

Pedepsirea copiilor care fac crize de furie, care nu sunt atenți sau care devin agresivi este o practică standard în școli. Puțini profesori înțeleg însă că acestea sunt simptome clasice ale stresului traumatic. În acest fel, în loc să devină un spațiu sigur pentru copil, școala devine doar un alt factor de activare a durerii cauzate de traumă. Confruntările furioase și pedepsele pot în cel mai bun caz să oprească un comportament inacceptabil, dar dat fiind că sistemul de alarmă și hormonii stresului copilului nu se liniștesc în acest fel, cel mai probabil el va izbucni din nou la următoarea provocare.

În astfel de situații, primul pas constă în recunoașterea faptului că elevul este supărat. În continuare, profesorul trebuie să încerce să îl calmeze, explorând cauzele agitației sale și oferindu-i o soluție posibilă. Spre exemplu, dacă un elev de clasa întâi face o criză, lovindu-și profesorul și aruncând în jur cu obiecte, noi îl încurajăm pe profesor să stabilească limite clare, dar să îi vorbească cu blândețe elevului: „Vrei să te înfășor în această pătură pentru a te liniști?" (Cel mai probabil, elevul îi va striga: „Nu!", dar apoi se va lăsa înfășurat cu pătura și se va liniști.) Previzibilitatea și claritatea așteptărilor sunt absolut critice, iar consistența este esențială. Adeseori, copiii care provin dintr-un mediu haotic nu au nicio idee că oamenii pot inclusiv să colaboreze; de aceea, inconsistența le amplifică și mai mult confuzia. Mai devreme sau mai târziu, profesorii sensibili la traume realizează că chemarea părinților unui copil cu probleme la școală nu conduce decât la bătăi și la continuarea traumatizării copilului.

Scopul eforturilor noastre este de a traduce știința creierului în metode practice care pot fi aplicate zi de zi. Spre exemplu, calmarea într-o măsură suficient de mare pentru a prelua autocontrolul asupra noastră impune activarea acelor zone ale creierului care ne observă senzațiile interne – paznicul turnului despre care am discutat în capitolul 4. Prin urmare, un profesor ar putea spune: „Ce-ai zice să inspirăm adânc de câteva ori sau să ne folosim de steaua respirației?" (Este vorba de un dispozitiv colorat pentru respirat creat dintr-un simplu dosar pe care este desenată o stea.) O altă opțiune ar putea consta în punerea copilului să stea într-un colț înfășurat într-o pătură grea, ascultând o muzică de relaxare în căști. Zonele de siguranță îi pot ajuta pe copii să se calmeze, asigurându-le impulsuri senzoriale stimulative, cum ar fi textura pânzei de sac sau a catifelei; ori o cutie de pantofi umplută cu perii moi și cu jucării flexibile. Atunci când copilul se simte pregătit să vorbească din nou, el este încurajat să îi spună cuiva ce se întâmplă înainte de a se alătura grupului.

Copiii de trei ani pot sufla pentru a forma baloane de săpun și pot învăța astfel că dacă se vor concentra să își încetinească respirația până la șase expirații pe minut, focalizându-și atenția asupra baloanelor pe care le formează (pe expirație), se vor simți mai calmi și vor deveni mai atenți. Echipa noastră de instructori de yoga lucrează cu copii cu vârste apropiate de adolescență, ajutându-i să se „împrietenească" cu corpul lor, gestionându-și astfel mai bine senzațiile fizice

neplăcute. Noi suntem conștienți de faptul că unul din principalele motive pentru care adolescenții consumă droguri este incapacitatea de a-și suporta senzațiile fizice care le semnalează o stare de teamă, de furie și de neajutorare.

Autoreglarea le poate fi predată multor copii care oscilează între activitatea frenetică și imobilitate. Pe lângă citire, scriere și aritmetică, toți copiii ar trebui să învețe cultivarea lucidității, autoreglarea și comunicarea – ca parte integrantă din programa lor școlară. Așa cum le predăm istoria și geografia, noi ar trebui să îi învățăm pe copii inclusiv cum funcționează creierul și corpul lor. În cazul adulților și al copiilor în egală măsură, autocontrolul presupune familiarizarea cu lumea lor interioară și identificarea corectă a lucrurilor care îi sperie, îi deranjează sau îi încântă.

Inteligența emoțională începe cu etichetarea propriilor sentimente și cu punerea la unison cu emoțiile celor din jur. Noi le predăm pacienților noștri aceste lucruri într-o manieră foarte simplă: cu ajutorul oglinzilor. Privitul în oglindă îi ajută pe copii să devină conștienți de felul în care arată atunci când sunt triști, furioși, plictisiți sau dezamăgiți. În continuare, îi întrebăm: „Ce simți atunci când vezi o astfel de față?" De asemenea, îi învățăm cum este construit creierul, la ce folosesc emoțiile, unde sunt înregistrate acestea în corpul lor și cum își pot comunica sentimentele oamenilor din jurul lor. Ei învață astfel că mușchii faciali oferă indicii despre ceea ce simt, iar apoi experimentează cu expresiile lor faciale și cu maniera în care acestea îi influențează pe ceilalți oameni.

În plus, le întărim turnul de veghe din creier învățându-i cum să își recunoască și cum să dea nume senzațiilor lor fizice. Spre exemplu, atunci când simt o presiune în zona pieptului, acest lucru arată cel mai probabil că sunt nervoși, caz în care respirația lor devine superficială și ei se simt rigizi. Cum se simte mânia și ce pot face ei pentru a schimba această senzație în corpul lor? Ce se întâmplă dacă inspiră adânc sau dacă își fac timp pentru a sări coarda ori pentru a lovi un sac de box? Ajută ciocănirea punctelor de acupresură? În acest fel, noi încercăm să le furnizăm copiilor, profesorilor și celorlalți adulți care îi supraveghează pe elevi o gamă largă de instrumente prin care își pot controla reacțiile emoționale.

Pentru a încuraja reciprocitatea, noi aplicăm alte exerciții de oglindire, care reprezintă fundamentul comunicării interpersonale.

Copiii practică astfel imitarea expresiilor faciale ale colegilor lor. Ei își imită reciproc gesturile și sunetele, după care se ridică în picioare și încep să se miște la unison (sincron). Pentru a se putea juca mai bine împreună, ei trebuie să se vadă și să se audă cu adevărat unii pe ceilalți. Jocurile precum „Simon spune" conduc la multe chicoteli – semn de siguranță și de relaxare. Atunci când adolescenții resping astfel de „jocuri stupide", noi dăm din cap în semn că îi înțelegem, dar le solicităm cooperarea prin demonstrarea acestor jocuri în fața copiilor mai mici, care „au nevoie de ajutorul lor".

Profesorii și directorii școlilor învață că o activitate foarte simplă, cum ar fi ținerea unei mingi de plajă în aer cât de mult pot copiii, îi ajută pe aceștia să devină mai focalizați, mai coerenți și să se distreze în același timp. Astfel de intervenții nu costă nimic. În cazul copiilor mai mari, unele școli au instalat stații de lucru care costă mai puțin de 200 de dolari, în care elevii pot juca jocuri de calculator care îi ajută să se focalizeze și să își îmbunătățească variabilitatea ratei cardiace (HRV, despre care am vorbit în capitolul 16), la fel cum procedăm noi în clinica noastră.

Copiii și adulții trebuie să experimenteze în egală măsură satisfacția muncii care îi forțează să își îmbunătățească activitatea și capacitățile. Rezistența este rezultatul asumării, aș conștientizării faptului că ceea ce faci contează. Foarte mulți își mai amintesc cât de mult a contat pentru ei faptul că au jucat într-o echipă a școlii, că au cântat într-un cor sau într-o fanfară, mai ales dacă au avut antrenori sau dirijori care au crezut în ei, care i-au forțat să exceleze și care i-au învățat că pot fi mai buni decât și-ar fi imaginat vreodată. Copiii pe care încercăm noi să îi ajutăm au nevoie de această experiență.

Sportul, cântatul, dansul și teatrul încurajează în egală măsură asumarea și spiritul colectiv. În plus, ele îi pun pe copii în fața unor provocări noi și a unor roluri cu care nu sunt obișnuiți. Prietenii mei, Carolyn și Eli Newberger, predau într-un orășel post-industrial sărăcit din New England un program muzical orchestral creat în Venezeula, pe nume El Sistema. Mai mulți studenți de-ai mei conduc un program pentru orele de după școală de *capoeira* braziliană, într-o zonă din Boston cu o rată înaltă a criminalității, iar colegii mei de la Centrul pentru Traume continuă programul „Trauma Drama". Anul trecut am petrecut trei săptămâni ajutând doi băieți să pregătească o scenă din piesa *Julius Caesar*. Un băiat efeminat și timid îl juca pe

Brutus și a trebuit să își asume întreaga sa forță pentru a-l dobori pe Cassius, jucat de bătăușul clasei, care a trebuit să fie instruit îndelung pentru a putea juca rolul unui general corupt ce implora milă. Scena nu a putut căpăta viață decât după ce bătăușul ne-a povestit despre violența tatălui său și despre legământul său de a nu-și mai afișa vreodată slăbiciunea în fața altor oameni. (Cei mai mulți dintre bătăuși au fost agresați și intimidați ei înșiși, așa că îi disprețuiesc pe copiii care le reamintesc de propria lor vulnerabilitate.) Pe de altă parte, „Brutus" nu și-a găsit vocea puternică decât după ce a recunoscut că a devenit „invizibil" pentru ceilalți tocmai pentru a face la rândul lui față (prin alte mijloace) violenței din familia sa.

Aceste eforturi comun intense îi ajută pe copii să colaboreze, să facă compromisuri și să se focalizeze asupra sarcinii curente. Tensiunile ajung adeseori la apogeu, dar copiii se țin de treabă, întrucât își doresc să câștige respectul antrenorilor sau dirijorilor lor, și nu vor să îi dezamăgească echipa. Aceste sentimente se află la antipodul vulnerabilității generate de abuzurile arbitrare, al invizibilității generate de neglijare și al izolării cauzate de traumă.

Programele noastre NCTSN dau rezultate: copiii devin mai puțin anxioși, reacționează mai bine din punct de vedere emoțional, devin mai puțin agresivi sau retrași în sine. Ei se înțeleg mai bine unii cu ceilalți, iar rezultatele lor școlare se îmbunătățesc. Problemele asociate cu deficitul atenției, hiperactivitatea și „sfidarea cu orice preț" se reduc. La rândul lor, părinții raportează că odraslele lor dorm mai bine. Chiar dacă unora li se întâmplă în continuare lucruri teribile (lor sau în jurul lor), ei devin capabili să vorbească despre aceste evenimente, căpătând încredere și resursele necesare pentru a căuta ajutorul de care au nevoie. Intervențiile au succes numai dacă se bazează pe izvorul natural al cooperării interumane și pe reacțiile înnăscute ale copiilor la siguranță, reciprocitate și imaginație.

Trauma ne confruntă în mod constant cu fragilitatea noastră și cu inumanitatea de care dau adeseori dovadă oamenii, dar și cu capacitatea noastră uluitoare de rezistență. Personal, am reușit să practic atâta vreme această activitate numai pentru că ea m-a ajutat să explorez sursele umane de bucurie, creativitate, semnificație și conexiune – adică exact acele lucruri care fac ca viața să merite să fie trăită. Nu pot nici măcar să îmi imaginez cum m-aș fi descurcat personal dacă aș fi trăit ceea ce îmi povestesc pacienții mei, dar consider că simptomele

lor le ilustrează forța interioară, fiind modalități prin care au învățat să supraviețuiască. În pofida suferinței lor, mulți dintre ei au învățat să devină parteneri de cuplu și părinți plini de iubire, profesori, asistenți medicali, oameni de știință și artiști exemplari.

Cei mai mulți dintre marii instigatori ai schimbărilor sociale știu pe pielea lor ce înseamnă trauma. Mă gândesc de pildă la Oprah Winfrey, Maya Angelou, Nelson Mandela și Elie Wiesel. Dacă vei citi povestea vieții oricărui vizionar, vei găsi în ea viziuni și pasiuni născute din experiențe devastatoare.

La fel stau lucrurile și în cazul societăților. Multe din marile progrese ale umanității s-au născut din experimentarea traumei: abolirea sclaviei în urma Războiului Civil, crearea Securității Sociale în urma Marii Crize și GI Bill, care a generat clasa mijlocie americană, cândva extrem de vastă și de prosperă, în urma celui de-al Doilea Război Mondial. La ora actuală, trauma reprezintă cea mai urgentă problemă de sănătate cu care ne confruntăm, iar vestea bună este că dispunem de cunoașterea necesară pentru a reacționa eficient în fața acestei epidemii. Depinde numai de noi dacă vom acționa ținând cont de tot ce am ajuns să cunoaștem, sau nu.

MULȚUMIRI

Această carte este rezultatul a 30 de ani în care am încercat să înțeleg cum își gestionează oamenii experiențele traumatice, cum le supraviețuiesc și cum pot fi ei vindecați de acestea. În cei 30 de ani, am lucrat clinic cu nenumărați oameni traumatizați, bărbați, femei și copii deopotrivă; am avut nenumărate discuții împreună cu colegii și cu studenții mei, și am participat direct la elaborarea științei referitoare la maniera în care mintea, creierul și corpul își gestionează experiențele copleșitoare, putându-se recupera de pe urma acestora.

Aș dori să încep prin a le mulțumi celor care m-au ajutat să organizez, iar apoi să public această carte. Printre aceștia se numără Toni Burbank, editoarea mea, cu care am comunicat de multe ori în fiecare săptămână de-a lungul ultimilor doi ani despre scopul, organizarea și conținutul specific al cărții. Toni a înțeles cu adevărat la ce se referă această carte, iar această înțelegere a fost esențială pentru definirea formei și substanței sale. Agenta mea, Brettne Bloom, a înțeles importanța cărții de față, i-a găsit un cămin la Editura Viking și mi-a asigurat o susținere fundamentală în momentele critice. Rick Kot, editorul meu de la Viking, mi-a furnizat un feedback și o călăuzire editorială de neprețuit.

Colegii și studenții mei de la Centrul pentru Traume mi-au furnizat cadrul general, laboratorul și sistemul de suport pentru această activitate. De asemenea, mi-au reamintit constant despre realitatea dură a activității noastre în ultimele trei decenii. Nu îi pot aminti aici pe toți, dar doresc să le mulțumesc îndeosebi lui Joseph Spinazzola, Margaret Blaustein, Roslin Moore, Richard Jacobs, Liz Warner, Wendy D'Andrea, Jim Hopper, Fran Grossman, Alex Cook, Marla Zucker, Kevin Becker, David Emerson, Steve Gross, Dana Moore, Robert Macy, Liz Rice-Smith, Patty Levin, Nina Murray, Mark Gapen, Carrie Pekor, Debbie Korn și Betta de Boer van der Kolk, care au fost cei mai importanți colaboratori ai mei. Și desigur, lui Andy Pond și Susan Wayne de la Institutul pentru Resursele Justiției.

Cei mai importanți tovarăși și ghizi pentru înțelegerea și cercetarea stresului traumatic au fost Alexander McFarlane, Onno van der Hart, Ruth Lanius și Paul Frewen, Rachel Yehuda, Stephen Porges, Glenn Saxe, Jaak Panksepp, Janet Osterman, Julian Ford, Brad Stolback, Frank Putnam, Bruce Perry, Judith Herman, Robert Pynoos, Berthold Gersons, Ellert Nijenhuis, Annette Streeck-Fisher, Marylene Cloitre, Dan Siegel, Eli Newberger, Vincent Felitti, Robert Anda și Martin Teicher, la care se adaugă colegii mei care m-au învățat despre atașament: Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruth și Beatrice Beebe.

Peter Levine, Pat Ogden și Al Pesso mi-au citit lucrarea despre importanța corpului în stresul traumatic, publicată în anul 1994, și s-au oferit să mă învețe despre corp. Încă mai învăț de la ei, iar acest proces s-a extins și mai mult datorită instructorilor mei de yoga și de meditație Stephen Cope, Jon Kabat-Zinn și Jack Kornfield.

Sebern Fisher m-a învățat despre neurofeedback. Ed Hamlin și Larry Hirshberg au adăugat mai târziu noi elemente. Richard Schwartz m-a învățat despre terapia sistemelor familiale interne (IFS) și m-a ajutat să scriu capitolul despre IFS. Kippy Dewey și Cissa Campion mi-au făcut o introducere în arta teatrului. Tina Packer a încercat să mă învețe cum să o aplic, iar Andrew Borthwick-Leslie mi-a furnizat detalii critice.

Adam Cummings, Amy Sullivan și Susan Miller mi-au furnizat un sprijin indispensabil, fără de care numeroase proiecte descrise în această carte nu s-ar fi realizat niciodată.

Licia Sky a creat mediul care mi-a permis să mă concentrez pentru a scrie această carte; ea mi-a asigurat un feedback neprețuit pentru fiecare capitol; a realizat multe din ilustrațiile cărții, folosindu-se de harul său artistic; și a contribuit direct la secțiunile referitoare la luciditatea corpului și la studiile de caz clinice. Secretara mea, Angela Lin, a rezolvat multe crize prin care am trecut în tot acest timp și m-a ajutat să mențin nava pe cursul ei, cu toată viteza. Ed și Edith Schonberg mi-au furnizat adeseori un adăpost împotriva furtunilor; Barry și Lorrie Goldensohn au fost criticii mei literari și una din sursele mele de inspirație; în sfârșit, copiii mei, Hana și Nicholas, m-au învățat că fiecare nouă generație trăiește într-o lume radical diferită de cea precedentă, și că fiecare viață este absolut unică – un act creativ al proprietarului ei care sfidează simplele explicații genetice, de mediu sau culturale.

În sfârșit, doresc să le mulțumesc pacienților mei, cărora le și dedic această carte – mi-aș dori să vă pot menționa pe toți pe nume – pentru că m-ați învățat tot ceea ce știu, ați fost adevăratul meu manual și un exemplu viu de afirmare a forței vieții, care ne determină pe noi, oamenii, să ne creăm o viață semnificativă, indiferent de obstacolele cu care ne confruntăm.

ANEXĂ

CRITERII CONSENSUALE PENTRU TULBURAREA TRAUMATICĂ ÎN PROCESUL DE DEZVOLTARE

Scopul introducerii diagnosticului de Tulburare Traumatică în Procesul de Dezvoltare este de a surprinde realitatea clinică a copiilor și adolescenților expuși unei traume interpersonale cronice, ghidându-i astfel pe clinicieni să dezvolte și să utilizeze intervenții eficiente, iar pe cercetători să studieze neurobiologia și transmiterea violenței interpersonale cronice. Indiferent dacă prezintă sau nu simptome SSPT, copiii care s-au dezvoltat într-un context de pericol continuu, tratament inadecvat și într-un sistem de îngrijire necorespunzător, nu sunt corect deserviți de actualul sistem de diagnosticare, care conduce adeseori la absența oricărui diagnostic, la diagnostice multiple fără legătură unele cu celelalte, la punerea accentului pe controlul comportamental, fără recunoașterea traumei interpersonale și fără siguranță în etiologia simptomelor, și la o lipsă de atenție față de ameliorarea tulburărilor de dezvoltare care stau la baza simptomelor.

Criteriile consensuale pentru tulburarea traumatică în procesul de dezvoltare au fost concepute și prezentate în februarie 2009 de către un grup de lucru afiliat Rețelei Naționale pentru Stresul Traumatic la Copii (NCTSN), condus de dr. Bessel A. van der Kolk și de dr. Robert S. Pynoos, cu participarea dr. Dante Cicchetti, dr. Marylene Cloitre, dr. Wendy D'Andrea, dr. Julian D. Ford, dr. Alicia F. Lieberman, dr. Frank W. Putnam, dr. Glenn Saxe, dr. Joseph Spinazzola, dr. Bradley C. Stolbach și dr. Martin Teicher. Criteriile propuse prin consens sunt bazate pe recenzarea extensivă a literaturii empirice, pe experiența clinică acumulată,

pe sondajele efectuate în rândul clinicienilor din cadrul NCTSN și pe analiza preliminară a datelor prelevate de la mii de copii din numeroase instituții clinice și pentru îngrijirea copilului din cadrul sistemului, inclusiv din centrele de tratament ale NCTSN, din sistemul de stat pentru îngrijirea copilului, din clinicile psihiatrice și din centrele de detenție juvenilă. Dat fiind că validitatea, preponderența, pragurile simptomatice și utilitatea clinică a acestor criterii nu pot fi stabilite decât printr-o colectare și analiză a datelor prospective, ele nu trebuie să fie considerate deocamdată o categorie distinctă de diagnostic oficial incorporată în DSM. Scopul lor este doar să descrie cele mai semnificative simptome din punct de vedere clinic pe care le manifestă foarte mulți copii și adolescenți care au trecut printr-o traumă complexă. Criteriile propuse au stat la baza studiilor asupra Tulburării Traumatice în Procesul de Dezvoltare, care au început în anul 2009 și continuă inclusiv în zilele noastre.

CRITERII CONSENSUALE PENTRU TULBURAREA TRAUMATICĂ ÎN PROCESUL DE DEZVOLTARE

A. Expunerea. Copilul sau adolescentul a experimentat sau a asistat la evenimente adverse multiple sau prelungite pe o perioadă de cel puțin un an, începând din copilărie sau din primii ani ai adolescenței, printre care:

   A.1. Experimentarea directă sau asistarea la episoade repetate și severe de violență interpersonală, și

   A.2. Perturbări semnificative ale îngrijirii și protecției personale ca rezultat al repetatelor schimbări produse în actul îngrijirii personale; separarea repetată de principalul îngrijitor; sau expunerea la abuzuri emoționale severe și persistente.

B. Dereglarea afectivă și fiziologică. Copilul prezintă competențe normative de dezvoltare dezechilibrate asociate cu reglarea excitației, printre care cel puțin două din următoarele:

   B.1. Incapacitatea de a se adapta, a tolera sau a se recupera de pe urma stărilor emoționale extreme (cum ar fi cea de teamă, de mânie sau de rușine), incluzând crize de furie prelungite și extreme, sau imobilizarea.

B.2. Dezechilibre în reglarea funcțiilor corporale (cum ar fi tulburările somnului, alimentare și legate de procesul de eliminare; reacțiile excesive sau lipsa de reacție la atingere și la sunete; dezorganizarea în timpul tranzițiilor de rutină).

B.3. Conștiința diminuată / disocierea senzațiilor, emoțiilor și stărilor fiziologice.

B.4. Capacitatea perturbată de a descrie emoțiile și stările fiziologice.

C. Dereglări ale atenției și comportamentale: copilul prezintă competențe normative de dezvoltare dezechilibrate asociate cu atenția susținută, învățarea sau gestionarea stresului, inclusiv cel puțin trei din următoarele:

C.1. Preocuparea față de amenințări sau capacitatea dezechilibrată de a percepe amenințările, inclusiv interpretarea eronată a indiciilor referitoare la siguranță și la pericol.

C.2. Capacitatea dezechilibrată de autoprotecție, inclusiv asumarea extremă de riscuri sau căutarea senzațiilor tari.

C.3. Încercarea maladaptată de autoalinare (cum ar fi legănatul și alte mișcări ritmice, sau masturbarea compulsivă).

C.4. Rănirea repetată (intenționată sau automată) ori reactivă.

C.5. Incapacitatea de a iniția sau de a susține un comportament direcționat către un scop.

D. Dereglarea sinelui și relațională. Copilul prezintă competențe normative de dezvoltare dezechilibrate în ce privește simțul identității personale și implicarea în relații, inclusiv cel puțin trei din următoarele:

D.1. Preocuparea intensă față de siguranța adultului care îl îngrijește sau față de alte persoane dragi (inclusiv îngrijirea precoce a acestora oferită chiar de el).

D.2. Simțul persistent negativ al identității de sine, inclusiv disprețul față de sine, neajutorarea, absența prețuirii de sine, ineficiența sau retragerea în sine.

D.3. Neîncrederea extremă și persistentă, sfidarea sau absența comportamentului reciproc în relațiile apropiate cu adulții și cu colegii.

D.4. Agresivitatea fizică sau verbală reactivă față de colegi, îngrijitori sau alți adulți.

D.5. Încercările inadecvate (excesive sau promiscue) de a stabili contacte intime (inclusiv, dar nu exclusiv, de natură sexuală sau fizică) sau de a se baza excesiv pe colegi ori pe adulți pentru a se simți în siguranță sau pentru a fi mângâiați.

D.6. Capacitatea dezechilibrată de reglare a excitației empatice, evidențiată prin lipsa de empatie sau intoleranța față de expresiile de suferință ale altor oameni, ori reacțiile excesive față de suferința altora.

E. Simptomele din Spectrul Posttraumatic. Copilul prezintă cel puțin un simptom din cel puțin două clustere de simptome SSPT B, C și D.

F. Durata tulburărilor (simptomele din Criteriile Tulburării Traumatice în Procesul de Dezvoltare B, C, D și E) de cel puțin șase luni.

G. Dezechilibre funcționale. Tulburarea generează o suferință sau un dezechilibru semnificativ din punct de vedere clinic în cel puțin două din următoarele zone de funcționare:

- Școală
- Familie
- Grupuri de colegi
- Normele legale
- Sănătate
- Vocație (în cazul tinerilor care își caută de lucru, își doresc să facă muncă de voluntariat sau să urmeze un curs de pregătire profesională).

Această carte profund umană ne prezintă o perspectivă nouă și profundă asupra cauzelor și consecințelor traumelor, oferind speranță și claritate tuturor celor afectați de devastările produse de ele. Traumele sunt considerate la ora actuală una din cele mai mari provocări pentru sănătatea publică din zilele noastre, nu doar din cauza efectelor lor bine documentate asupra veteranilor de război și asupra victimelor accidentelor și crimelor, ci și din cauza violenței sexuale și familiale (adeseori ascunsă) și a comunităților și școlilor devastate de abuzuri, neglijare și dependență.

Bazându-se pe o experiență în domeniul cercetării și pe o experiență clinică de mai bine de 30 de ani, Bessel van der Kolk dovedește că teroarea și izolarea care caracterizează orice traumă remodelează literalmente creierul și corpul. Noua viziune referitoare la instinctul de supraviețuire explică de ce experimentează oamenii traumatizați o stare de anxietate greu de înțeles, de indiferență sau de furie intolerabilă, și în ce fel le afectează trauma capacitatea de concentrare, memoria, capacitatea de a-și forma relații bazate pe încredere și chiar de a se simți acasă în propriul lor corp. Ei își pierd controlul asupra lor și se simt frustrați de eșecul terapiilor pe care le aplică, temându-se adeseori că sunt complet deteriorați și imposibil de „reparat".

Cartea *Corpul nu uită niciodată* prezintă povestea inspirată a unui grup de terapeuți și de oameni de știință – împreună cu pacienții lor curajoși și demni de toată admirația – care au încercat să integreze cele mai recente progrese în domeniul științei cerebrale, al studiului atașamentelor și al conștiinței corporale, creând tratamente capabile să îi elibereze pe supraviețuitorii traumelor de tirania trecutului. Aceste noi modalități terapeutice activează neuroplasticitatea naturală a creierului, restructurând funcțiile perturbate și reclădind pas cu pas capacitatea „de a ști ceea ce știi și de a simți ceea ce simți". În plus, ele oferă experiențe care contracarează direct senzația de neajutorare și de invizibilitate asociată cu trauma, ajutându-i pe pacienți (adulți și copii în egală măsură) să își reasume capacitatea de a-și gestiona corpul și viața.

Cititorii acestei cărți vor rămâne uimiți de capacitatea de rezistență a omului și de puterea relațiilor noastre de a ne răni, dar și de a ne vindeca, deopotrivă în intimitatea căminului nostru sau în cadrul comunității.

Dr. Bessel van der Kolk este fondatorul și directorul medical al Centrului pentru Traume din Brookline, Massachusetts. De asemenea, este profesor de psihiatrie la Școala de Medicină din cadrul Universității din Boston și director al Rețelei Naționale Complexe de Tratament al Traumelor. Atunci când nu predă într-o țară sau alta din lume, dr. van der Kolk lucrează și locuiește în Boston.

ADEVĂR DIVIN